

SEP 21 1921

VI<sup>e</sup> Série. — Tome II.

Medical Lib.

N<sup>o</sup> 7. — Juillet 1921

**ANNALES**  
**DE**  
**DERMATOLOGIE**  
**ET DE**  
**SYPHILIGRAPHIE**

FONDÉES PAR A. DOYON

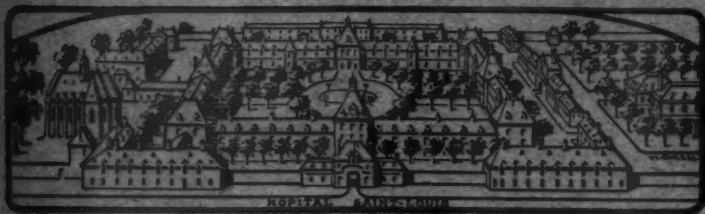
SIXIÈME SÉRIE

Publiée par

CH. AUDRY (Toulouse). — L. BROcq (Paris). — J. DARIER (Paris).  
W. DUBREUILH (Bordeaux). — E. JEANSELME (Paris).  
J. NICOLAS (Lyon). — R. SABOURAUD (Paris). — G. THIBIERGE (Paris)

et P. RAVAUT (Paris)

RÉDACTEUR EN CHEF



**MASSON ET C<sup>ie</sup>, ÉDITEURS**  
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE  
120, BOULEVARD-SAINT-GERMAIN, PARIS

Adresser tout ce qui concerne la rédaction au Dr Paul RAVAUT, Médecin en Chef  
 17, rue Bailly, Paris IX<sup>e</sup>. (Téléph. : Gutenberg 04.98).  
 Prix de l'abonnement pour 1921 (12 numéros à paraître)  
 Franco : 40 fr. ; Étranger : 45 fr.  
 Le numéro : 4 fr. — Changement d'adresse : 1 fr.  
 L'abonnement aux Annales de Dermatologie donne droit au service gratuit de  
 Bulletin de la Société de Dermatologie

## CAPSULES D'ICHTHYOL KÉRATINISÉES VIGIER

A 0 gr. 25 centig. — DOSE 5 à 10 Capsules par jour

L'ICHTHYOL riche en soufre est un antiphtisique puissant  
 employé en Dermatologie et en Gynécologie.

## SAVON A L'ICHTHYOL

Erythrasma, acné, lupus érythémateux, eczéma, séborrhéique, séborrhée, hyperhidrose, lichen, troubles circulatoires, plantaires, etc.

ÉPITHÈME empliâtre à l'Ichtyol. — Ecthyma, Kératodermie.

Pharmacie VIGIER, 12, Boulevard Bonne-Nouvelle, Paris

## GAZE-EMPLATRE pour pansement

TULLE ADHÉSIF PERMÉABLE A L'AIR

## GAZE GRASSE ANADHÈRE

N'ADHÈRE PAS à la PEAU — CICATRISANTE

Simple — B. du Féroù

Ichtyol — Collargol

etc.

**EMPLATRES**  
**ROGÉ - CAVAILLÉS**  
 Asseptiques, Caoutchoutés, Fins, Souples, Adhésifs.

OXYDE

DE ZINC

ROUGE DE VIDAL

VIGO fin, souple.

Huile de cade — Ichtyol.

PYROGALLIQUE, SALICYLIQUE, etc.

COLOPLASTRE

ADHÉSIF au ZnO

en BOBINES de 1-3-5 cm.

remplace le faucoplaste Allemand

ÉCHANTILLONS. VENTE EN GROS. CORRESPONDANTS : CAVAILLÉS

34, Rue de TURIN, à PARIS. — Tél. L. 19-69

Détail : Pharmacie, 9, rue du 4-Septembre, Paris et Pro.

## PHOSPHOGENE DE L. PACHAUT

Réalisation de la forme la plus efficace de la Médication Phosphorée : Épuisement, Fatigue, Système nerveux, Anémie. — Un cachet à déjeuner et dîner. — 150, Boulevard Haussmann, Paris

## VALERIANE liquide de L. PACHAUT

La plus efficace des Préparations de Valériane. — La plus facilement acceptée par les Malades. — 150, Boulevard Haussmann, Paris

ran

da

n

AL

o

E

AL

oto

om

er

o

k





## TRAVAUX ORIGINAUX

### SUR L'ICHTHYOSE FŒTALE

Par MM. Georges THIBIERGE et Pierre LEGRAIN

(PREMIÈRE PARTIE)

La question des hyperkératoses généralisées congénitales, à laquelle l'un de nous a apporté une première contribution (1) en 1898, nous a paru mériter d'être reprise.

Deux malades que nous avons pu observer récemment nous en fournissent l'occasion.

Nous le ferons en utilisant principalement les observations de ces deux malades et celles de deux autres malades qui avaient servi de base à la note de 1898; ces dernières observations sommairement résumées dans cette note, ont été publiées *in extenso* dans la thèse de Firmin (2). Nous croyons cependant devoir les reproduire ici en raison de leur importance et pour fournir au lecteur tous les éléments d'appréciation.

Les deux observations de 1898 ont été publiées sous le nom d'ichtyose fœtale, dénomination destinée en premier lieu à montrer que la lésion préexiste à la naissance. Dans l'ichtyose vulgaire, encore appelée ichtyose congénitale, les lésions ne deviennent apparentes que plusieurs années après la naissance; ce qui est congénital — et héréditaire le plus souvent — c'est la malformation histologique ou histogénique ne se révélant pas cliniquement à la naissance qui aboutira plus tard à la desquamation épidermique macroscopiquement appréciable.

Bien que se distinguant de l'ichtyose vulgaire par des carac-

(1) G. THIBIERGE. Note sur les rapports de l'ichtyose fœtale et de l'ichtyose vulgaire à propos de deux sujets atteints d'ichtyose fœtale et âgés l'un de dix-huit ans, l'autre de quinze ans. *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 24 juin 1898, p. 538.

(2) M. FIRMIN. Etude de l'ichtyose fœtale. *Thèse de doctorat*, Paris, 1899.

tères multiples et d'importance capitale, — en premier lieu la prédominance au niveau des plis, et l'hyperhidrose palmaire et plantaire — cette dermatose a cependant avec l'ichthyose vulgaire d'indiscutables analogies morphologiques : la qualification d'ichthyosiforme que lui donnent Brocq et Darier le prouve bien.

En conservant le nom d'ichthyose, l'un de nous avait voulu noter cette analogie ; mais il reconnaissait et déclarait hautement qu'il y a lieu d'établir une limite très nette et une distinction formelle entre ce type morbide et l'ichthyose vulgaire.

Il lui avait aussi apparu que l'ichthyose fœtale était la forme atténuée, permettant la survie, d'un processus pathologique dont le terme extrême est le kératome malin congénital, incompatible avec l'existence. Il lui avait paru logique de réunir les diverses formes cliniques de ce processus sous la même dénomination et d'en distinguer d'une part, une forme grave, véritable monstruosité aboutissant à la mort rapide, le kératome malin dont Virchow, Houel, etc., ont donné des observations et que les accoucheurs sont à peu près seuls à rencontrer et une forme bénigne compatible avec l'existence qui seule intéresse le dermatologiste.

Nous verrons plus loin si cette conception doit être conservée.

Une autre opinion s'est fait jour, soutenue par Brocq et son élève Lenglet, d'après laquelle les faits qui forment la base de cette étude ne méritent peut-être pas le nom d'ichthyose et doivent être dénommés : érythrodermie congénitale ichthyosiformes avec hyperépidermotrophie.

La conception de Brocq (1) a pour origine un cas dont la fortune fut singulière. Observé d'abord par Hillairet qui porta le diagnostic de séborrhée avec ichthyose, puis par Emile Vidal qui le publia sous le nom d'hyperépidermotrophie généralisée, il fut rapporté par Ernest Besnier au pityriasis rubra pilaire. Et, nous apprend Brocq qui a suivi longtemps le malade dans le service d'Emile Vidal, l'observation publiée par Vidal est erronée en certains points. Quoiqu'il en soit, cette observation a servi à Brocq de point de départ pour constituer principalement avec des faits de sa pratique et avec les deux observations publiées par l'un de nous en 1898, et une autre publiée par Nikolsky, le type morbide

(1) L. Brocq. Erythrodermie congénitale ichthyosiforme avec hyperépidermotrophie. *Annales de dermatologie*, 1902, p. 1.

auquel il a donné la dénomination que nous rappelions plus haut. Se basant sur la coloration rouge des téguments, très apparente dans certains cas, moins nette dans d'autres, sur l'exagération des productions épidermiques, sur la croissance rapide des phanères, qui constitue l'hyperépidermotrophie, il a conservé ce dernier terme proposé par Emile Vidal, mais n'en fait qu'un attribut d'une érythrodermie congénitale, rappelant l'ichthyose, d'où la dénomination longue et quelque peu compliquée qu'il a adoptée.

Quelques-uns des faits qu'il a observés s'étant accompagnés de la production de bulles, il fait de celles-ci l'une des caractéristiques d'une forme spéciale de cette érythrodermie, forme dont il a pu retrouver quelques cas dans la littérature.

Lenglet (1), dans une thèse où il essaye une synthèse un peu touffue et compliquée de différentes affections congénitales, adopte complètement les idées de Brocq.

Quelques auteurs ont publié des observations qui pourraient se rapporter au type que nous étudions ; leurs descriptions sont généralement insuffisantes pour permettre de les identifier de façon formelle. Certaines mêmes nous paraissent devoir en être complètement écartées.

OBSERVATION I. — (Malade présentée par nous à la Société française de Dermatologie le 10 janvier 1921). — L... Mathilde, âgée de 14 ans, est amenée pour la première fois à l'hôpital Saint-Louis, en décembre 1920.

*Antécédents héréditaires.* — Aucun antécédent notable. Sa famille habite avec elle le Cantal. La mère actuellement en parfaite santé, n'a jamais présenté aucune maladie. Sa grossesse a évolué sans incidents et elle a accouché à terme, un an après son mariage. Elle n'a jamais fait de fausse couche.

Le père exerce la profession de ferrailleur, et au dire de sa femme a toujours été très bien portant, il est très sobre. Aucun membre de la famille, ascendants ou collatéraux, ne présente de malformation cutanée. Aucune consanguinité entre les parents.

*Antécédents personnels.* — Dès le premier jour de sa naissance la mère remarque que tout son corps était « écailleux » même le visage. Il n'existait pas de rougeur généralisée, mais une teinte un peu rose des téguments au niveau du tronc. Elle fut élevée facilement ne présentant aucune malformation buccale ou nasale. Les lésions atteigni-

(1) LENGLET. Vue d'ensemble sur quelques dermatoses congénitales et en particulier sur les érythrodermies congénitales avec hyperépidermotrophie de VIDAL-BROCC, *Thèse de doctorat, Paris 1902.*

rent l'état actuel dès les premiers mois de la vie et disparurent complètement à la suite d'une scarlatine. La peau resta très fine, dit la mère, pendant une dizaine de mois, puis l'hyperkératose réapparut progressivement.

*Etat actuel.* — Jeune fille âgée de 14 ans, réglée régulièrement depuis un an, mesurant 1 m. 63 et pesant 48 kilos. Le développement physique est absolument normal sans aucune altération du squelette. L'intelligence est plutôt vive. Les lésions d'hyperkératose généralisée que nous allons décrire sont d'une symétrie à peu près absolue. Une ligne de démarcation très nette en forme de collier, passant en avant à 3 travers de doigt au-dessous de l'articulation sterno-claviculaire, remontant sur les épaules pour aboutir en arrière au niveau de la 1<sup>re</sup> dorsale sépare nettement les lésions moins accentuées de la face et du cou des lésions verruqueuses du tronc.

*Face.* — La face est la partie la moins atteinte de tout le corps, on n'y trouve aucune des fissures signalées dans des cas analogues; les paupières, les narines, les lèvres ne présentent aucune déformation. La physionomie est cependant un peu figée, la peau plus brillante, plus sèche qu'à l'état normal et l'ensemble rappelle l'aspect d'une sclérodémie légère. La peau du front est sèche, cette sécheresse est d'ailleurs plus marquée au niveau de la racine du nez et sur les paupières où il existe un quadrillage léger de la peau avec aspect brillant surtout net au niveau de la paupière supérieure. Les joues présentent un léger degré de xérodémie, à peine notable certains jours. La denture paraît normale.

Les oreilles sont mal conformées, petites, collées à la tête, le bourrelet supérieur est aplati. Le lobule est adhérent et réduit. La face externe de l'hélix est nettement kératosique, légèrement papillomateuse au niveau de sa partie moyenne. Sur le reste de son étendue, la peau du pavillon est sèche et brillante.

Les cheveux sont assez fournis, le cuir chevelu recouvert de squames grasses et épaisses.

Les sourcils sont rares dans leur tiers externe, les cils paraissent normaux.

*Cou.* — Le cou présente des lésions plus accentuées que celles de la face, tant sur la partie antérieure que sur les parties latérales, moins marquées à la partie postérieure. La peau du cou est très sèche, finement quadrillée dans sa partie supérieure alors que dans sa partie inférieure des craquelures très nettes, dirigées de haut en bas, coupées par des lignes transversales moins marquées isolent des surfaces rectangulaires où la peau sèche et brillante desquame légèrement. Cet aspect s'étend sur la partie toute supérieure du thorax et sur les épaules jusqu'au milieu du collier hyperkératosique et rugueux qui limite nettement en avant les lésions plus accentuées de la poitrine et en arrière celles du dos.

*Tronc.* — Sur les seins, la peau est sillonnée de craquelures, recouverte de squames lamelleuses minces et blanchâtres, n'adhérant souvent que par une partie de leur surface et que l'ongle détache facile-

ment. Dans la région inter mammaire et vers les aisselles la production cornée s'accroît et la peau prend un aspect rugueux.

Sur toute la partie antérieure de l'abdomen, de la limite inférieure des seins au pubis, la peau a l'aspect d'un quadrillage rectangulaire formé par des sillons transversaux très nets et des lignes verticales moins régulières. Ces sillons isolent de petits quadrilatères à grand axe transversal variant de 3 à 10 millimètres de largeur sur 3 à 4 millimètres de hauteur, recouverts de productions épidermiques épaisses, sèches, de coloration grisâtre et que l'ongle enlève assez difficilement. Au niveau de l'ombilic et à son pourtour ces productions prennent l'aspect de véritables verrucosités, de forme cubique, de 3 à 4 millimètres d'épaisseur, de 2 millimètres de large environ, disposées en séries linéaires transversales. Elles ont une teinte plus foncée, brunâtre ou jaunâtre.

Les lésions du dos sont identiques à celles de l'abdomen, formées d'une série de petits quadrilatères juxtaposés les uns à côté des autres suivant une disposition variable suivant les régions. Dans la partie supérieure, ces productions cornées sont disposées suivant des lignes partant de l'espace interscapulaire et s'écartant en divergeant pour aboutir sur les parties latérales du tronc; au contraire au niveau de la région lombaire elles ont une disposition transversale, analogue à celle de l'abdomen. Elles sont plus épaisses, plus foncées aux lombes et à la partie supérieure du dos, au niveau du collier déjà décrit qu'à la partie moyenne où elles sont plus lamelleuses, plus friables et se détachent plus facilement.

*Membres supérieurs.* — A la face antérieure de l'aisselle et du moignon de l'épaule les lésions présentent un aspect caractéristique. Ce sont de véritables verrucosités analogues à celles de la région péri-ombilicale, brunâtres, disposées en séries linéaires, parallèles au contour du moignon de l'épaule. Dans l'aisselle même elles prennent l'aspect de productions papilliformes, de coloration verdâtre, très adhérentes. Sur la face antérieure du bras, les lésions sont moins accentuées, des craquelures séparent des squames losangiques qui se détachent facilement. On retrouve quelques verrucosités au niveau de la face externe du bras. A la face postérieure stries irrégulières séparant de petites surfaces polygonales recouvertes de squames n'adhérant qu'à leur centre. Les lésions prennent leur aspect maximum au niveau du pli du coude sur une étendue de 4 travers de doigt au-dessus et au-dessous du pli de flexion, sous forme de verrucosités disposées en séries linéaires parallèles à ce pli. Le pli de flexion lui-même est moins chargé de productions épidermiques que les régions immédiatement adjacentes. Sur la face antérieure de l'avant bras la peau est sèche, recouverte de quelques squames que l'ongle enlève facilement et parcourue par des craquelures. A la face postérieure de l'avant-bras la peau présente un aspect collodionné avec squames se détachant par leurs bords.

Les mains par contre sont le siège d'une transpiration abondante, constante, même en plein hiver. Les faces palmaires des 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> doigts,

la paume de la main près de la racine des doigts et au-dessous du pli du poignet sont recouvertes d'un épaissement corné jaunâtre. Outre son caractère hyperhidrosique, la face palmaire des mains et des doigts présente des placards rouges bordés d'une collerette épidermique, surtout nets sur l'éminence thénar, le bord cubital de la main, l'index et le pouce. La face dorsale de la main est de teinte violacée, presque normale au toucher, avec quelques gerçures. Sur la face dorsale des doigts, quelques placards rouges avec collerette épidermique.

Les ongles sont légèrement bombés avec stries verticales; ils poussent très vite et la petite malade doit les couper deux ou trois fois par semaine.

*Région génitale.* — Les poils du pubis sont abondants.

*Membres inférieurs.* — Sur les fesses et la région postérieure de la cuisse l'aspect est tout autre.

Des craquelures très nettes à direction irrégulière limitent de larges surfaces polygonales de peau brillante, sèche, avec desquamation lamelleuse rappelant typiquement la peau de crocodile.

Sur la face antérieure des cuisses on note au contraire un état verruqueux accentué au niveau de sa partie supérieure; au niveau de sa partie inférieure la peau est sèche, craquelée et desquame légèrement. Quelques verrucosités au niveau du genou ainsi que dans le creux poplité, mais beaucoup moins accentuées qu'au pli du coude.

Les jambes et le cou de pied offrent le même aspect que la partie inférieure de la cuisse.

Au niveau des pieds la sudation est abondante, une véritable corne de coloration jaune ambrée, occupe tous les points d'appui, c'est-à-dire tout le talon et toute la partie antérieure de la plante sur une étendue de trois travers de doigt environ ainsi que la face plantaire du pouce.

*Erythrodermie.* — Jamais la mère n'a observé de rougeur de la peau. Ce n'est qu'à une observation attentive que l'on note une teinte à peine rosée sur la partie inférieure de l'abdomen et les flancs.

*Muqueuses.* — Absolument normales.

*Viscères.* — Rien à signaler du côté des viscères qui sont normaux. Les poumons sont sains, le cœur normal, la tension artérielle est de 15-8 au Pachon, les fonctions digestives excellentes et l'état général parfait.

*Evolution.* — Les lésions existaient dès la naissance, ont augmenté dans les premiers mois pour atteindre rapidement l'état actuel. Depuis elles n'ont subi aucune modification sauf après une scarlatine survenue à l'âge de 10 ans, à la suite de laquelle la peau avait repris un aspect normal qui dura 8 mois. Elles sont cependant moins accentuées en été qu'en hiver.

Le traitement a uniquement consisté pendant son séjour à Paris en bains alcalins et en applications quotidiennes de simple pommade salicylée à 1/100 pour décaper la peau.

Déjà après 15 jours de ce traitement si simple l'aspect des lésions était entièrement différent. Toutes les productions cornées verruqueuses et les squames, que l'ongle détachait avec plus ou moins de facilité



selon les régions, avaient disparu, elles ne persistaient que dans quelques régions où la pommade avait été moins bien appliquée : dos et région lombaire ainsi qu'au niveau des régions palmaires et plantaires ou la kératodermie a été influencée d'une façon bien moins complète.

Mais si toute cette carapace a disparu et si notre petite malade est transformée, des lésions indélébiles moins apparentes persistent. Au niveau du cou, des fesses et de la face postérieure des cuisses persistent des craquelures de l'épiderme qui dessinent les larges surfaces polygonales de la peau de crocodile ; au niveau des plis, aisselles et coudes particulièrement, le quadrillage de la peau est absolument régulier reproduisant l'intervalle des squames et des productions verruqueuses, il est formé de sillons très nets parallèles aux plis et de sillons moins nets perpendiculaires aux premiers, limitant de petites surfaces quadrangulaires sèches et rugueuses. Il paraît s'agir d'une véritable cicatrice dermique superficielle, car ces sillons très nets sont peu profonds. A ces cicatrices il faut ajouter comme reliquat la rugosité et la sécheresse de la peau dans les parties les plus atteintes : plis du coude, face antérieure de l'abdomen, région lombaire et fessière,

OBSERVATION II. — (Malade présenté à la Société médicale des hôpitaux le 24 juin 1898).

Théodule B..., âgé de 18 ans, ouvrier tabletier, entré à l'hôpital le 16 mars 1898.

*Antécédents héréditaires.* — Père âgé de 62 ans ; actuellement assez bien portant. N'a pas eu de maladie vénérienne. A été réformé du service militaire.

Mère âgée de 60 ans. Est atteinte de psoriasis absolument net et constaté. Personne dans sa famille n'a de maladie de peau. Elle donne les renseignements suivants sur ses grossesses.

*Première grossesse.* — Accouchement à terme d'un enfant mort et macéré. La mort remontait à un certain temps avant l'accouchement.

*Deuxième grossesse.* — Accouchement à terme d'un enfant mort qui, a-t-on dit à la mère, n'avait qu'une jambe et présentait une tête énorme. Nous avons appris dans la suite qu'il n'avait pas non plus de bras et que le pied de la jambe unique était fourchu, comme celui d'un veau.

*Troisième grossesse.* — Accouchement à 7 mois, d'une fille bien conformée qui a vécu 13 jours.

*Quatrième grossesse.* — Accouchement à 7 mois et demi d'un enfant bien conformé qui a vécu 10 mois. Il est mort d'une fluxion de poitrine.

*Cinquième grossesse.* — Accouchement à terme, d'un enfant bien portant, actuellement âgé de 32 ans. Présente aux avant-bras un très léger degré de xérodermie.

*Sixième grossesse.* — (14 ans après la précédente). Accouchement à 7 mois et demi.



A la naissance la peau avait l'aspect luisant sur tout le corps. L'enfant était chétif : « n'avait que la peau sur les os ». Les paupières, retournées, grosses, ne pouvaient supporter le jour. On avait toujours dit qu'il ne vivrait pas. L'enfant a été nourri au sein et s'est élevé facilement.

Vers cinq ou six semaines « quand l'enfant a commencé à profiter » la peau est devenue écailleuse sur tout le corps.

Les yeux ont commencé à se refermer un peu vers l'âge de 5 ou 6 ans. L'enfant dormait les yeux ouverts.

Dans le jeune âge, à quelques mois, la peau était aussi malade qu'elle l'est aujourd'hui.

Cette grossesse a été normale. La mère a eu les jambes enflées mais n'accuse aucune espèce de peur ou d'envie.

La mère déclare que son mari était son cousin-germain. La parenté est la suivante : la mère du père était la sœur du père de la mère.

*Antécédents personnels.* — Le malade a joui d'une bonne santé jusqu'à l'âge de 15 ans, et, à cette époque il éprouva une douleur au niveau de la hanche droite. Cette douleur dura 3 mois environ : elle disparut par le repos, quelques frictions et l'enveloppement ouaté. Elle n'a jamais reparu et la guérison a été complète.

La taille est de 1 m. 62.

Les membres sont bien proportionnés ; les masses musculaires assez fermes.

Le malade répond avec netteté aux questions qu'on lui pose. Il paraît suffisamment intelligent.

*Face.* — Le faciès rappelle celui d'un sclérodermique. L'ensemble du visage est petit. Les cheveux présentent à leur base des squames épaissies et de coloration gris sale.

Le front présente des rides transversales dans l'intervalle desquelles sont des squames peu épaisses, se soulevant par leurs bords et simulant des placards de crasse.

Le malade présente de l'ectropion de la paupière inférieure, surtout à droite. Les yeux sont larmoyants. Les cornées sont intactes. Les sourcils manquent à la partie externe et sont réduits à quelques poils dans les deux tiers internes. Les cils sont peu abondants, surtout à la paupière inférieure. A la paupière supérieure ils sont représentés par des poils fins et mal plantés sur le bord palpébral.

Le nez, légèrement retroussé, semble enduit d'une mince couche de collodion qui commencerait à se craqueler.

Les oreilles sont mal conformées. Leur lobule est adhérent et très réduit ; le bourrelet très épais ; la fossette scaphoïde est peu marquée et limitée par des bords épaissis. Elles sont recouvertes également de squames grisâtres adhérentes par un de leurs bords.

Sur les joues on trouve des squames minces de la largeur du pouce, d'aspect graisseux, fendillées et disposées en forme de rayons autour de la bouche, sans ordre appréciable sur les autres parties.

La peau, pincée entre deux doigts a perdu son élasticité sur tout le visage.

*Cou.* — La face antéro latérale du cou présente des fissures perpendiculaires à la direction du sterno-mastoidien. Elles sont croisées elles-mêmes par des sillons moins profonds ayant une obliquité en sens inverse. Dans les mailles ainsi délimitées, à grand axe vertical, on trouve des squames blanches épaisses, de la surface de l'ongle. Au repos, les tissus sous-jacents forment de fins ourlets qui bordent les squames. Par les mouvements de flexion et d'extension on détermine une imbrication de celles-ci les unes sur les autres. L'aspect de ces parties rappelle la disposition des ardoises d'un toit à pans presque verticaux.

A la partie postérieure du cou, ces squames sont beaucoup plus épaisses et ont quatre et cinq millimètres d'épaisseur. Elles sont de coloration noirâtre, assez adhérentes et nettement séparées les unes des autres. Elles égalent à peu près les dimensions de pièces de 0,50 et de 0,20 centimes. Elles tranchent sur un fond squameux plus blanc et plus mince.

*Tronc. Face antérieure.* — A la face antérieure de l'aisselle et du moignon de l'épaule, les lésions présentent un aspect caractéristique. Leur configuration rappelle celle de ces stores de fenêtres formés de baguettes de bois ou de jonc, très minces, juxtaposées et reliées les unes aux autres. Des sillons parallèles au contour du moignon de l'épaule, recouvrant celui-ci et la paroi antérieure de l'aisselle, séparent des squames cylindriques contiguës.

Deux ou trois fissures, partant du pli qui sépare le bras du thorax, s'écartent en divergeant et rappellent les ficelles qui relient les baguettes de bois dans le store qui sert de comparaison.

On note une hyperkératose sous-axillaire très développée. Les squames sont très foncées.

Sur le thorax, partie antérieure, la peau forme des plis à peu près verticaux qui sont entrecoupés par des sillons transversaux plus larges.

Sur la face antérieure de l'abdomen, les sillons transversaux prédominent. Avec les fissures verticales, ils forment un quadrillage rectangulaire, délimitant des squames qui se soulèvent par leurs bords. Les squames sont plus épaisses sur l'abdomen que sur la face thoracique. On a ici la figuration d'un carrelage assez irrégulier. Les écailles sont uniformément blanches et d'aspect granité.

Au niveau des fosses iliaques, les fissures délimitant les squames sont irrégulières. Elles sont hachées par des sillons plus fins se dirigeant dans tous les sens. Cette disposition rappelle celle d'une surface de glace qui aurait été brisée en des points multiples, et dont les traits de cassure s'entrecroiseraient sous des incidences diverses. Il est à noter que dans certains points les squames ne sont plus fixées que par une de leurs extrémités et flottent en quelque sorte à la surface de la peau.

*Face postérieure.* — Sur le dos, des sillons partent de l'espace interscapulaire et s'écartent en divergeant pour aboutir sur les parties latérales du tronc. Les lignes de chacun des côtés, partant d'un point

commun situé sur la ligne médiane, forment un sinus ouvert en bas.

Ces sillons délimitent également des squames dont une partie des bords est largement détachée.

Dans la région qui s'étend du rebord des fausses-côtes aux fesses, on retrouve une disposition analogue à celle que présente la paroi abdominale antérieure.

Des sillons transverses et des hachures plus fines diversement orientées circonscrivent des squames de contours irréguliers. Ça et là on distingue les fins ourlets de coloration rougeâtre, que forme le derme sous-jacent.

Il semble que la carapace constituée par les segments ichtyosiques ne soit pas exactement proportionnée à la surface du corps ; les solutions de continuité permettent à ces innombrables segments de jouer les uns sur les autres.

*Région génitale.* — Les poils du pubis sont assez abondants. La verge est segmentée en un certain nombre d'anneaux contigus dont la largeur est pour chacun de quatre ou cinq millimètres.

Le scrotum présente quelques rares poils et des squames grisâtres peu épaisses et disséminées.

La région anale est presque indemne.

Les testicules sont normaux.

*Membres supérieurs.* — Les bras sont sillonnés en tous sens par des fissures délimitant des squames blanchâtres de dimensions diverses.

Un peu au-dessus des plis des coudes, on voit une surface à fond rougeâtre, recouverte de squames pelliculaires ; en ce point on avait appliqué un vésicatoire. Les plis de flexion du coude sont d'ailleurs à peu près respectés ainsi que la région olécrânienne.

Les avant-bras offrent des lésions similaires à celles des bras.

A la face dorsale des mains, la peau est comme recouverte d'une mince couche de collodion.

Par places on remarque quelques solutions de continuité. La peau a perdu son élasticité et donne une sensation parcheminée.

Ça et là on aperçoit de petites dépressions en cratères, grisâtres au centre, répondant aux follicules pileux.

A la face palmaire, la peau est lisse, brillante, et rappelle les lésions de la kératodermie. Les mains sont le siège d'une transpiration prononcée sur la face palmaire des doigts, ce qui complète la ressemblance avec la kératodermie.

Mais nulle part on ne trouve de lésions pouvant faire préjuger l'existence de lésions glandulaires prononcées.

La phalangette de l'index gauche est légèrement fléchie sur la phalangine.

Les ongles sont lisses, arrondis.

L'extrémité du pouce est effilée, épaissie à la base de l'ongle et d'un volume plus considérable à gauche qu'à droite : ce qui serait dû à l'influence de la profession.

La face palmaire des phalanges, outre son caractère hyperhydrosique, signalé plus haut, présente des plis de flexion marqués par des sillons profonds et grisâtres. Le plus accentué est le pli métacarpo-phalangien.

*Membres inférieurs.* — Sur les cuisses, les lésions offrent l'aspect de la peau de crocodile. On y remarque de grandes squames, de coloration jaunâtre, très foncée au centre, plus terne à la périphérie. A la partie interne des cuisses, elles sont complètement brunes. La ressemblance est frappante avec l'enveloppe d'un portefeuille en peau de saurien auquel on la compare.

Au niveau des rotules, on retrouve l'aspect de store déjà signalé à la partie antérieure de l'aisselle. Toutefois les squames cylindriques ne sont pas absolument transverses, mais ordonnées concentriquement par rapport à la rotule. Notons cependant qu'à la partie antéro-interne, la rotule gauche est à peu près indemne.

Dans le creux poplité, hyperkératose très notable et aussi intense que dans l'aisselle. Les squames, amoncelées les unes sur les autres sont grisâtres.

Les jambes offrent le même aspect que les cuisses ; cependant les squames sont plus larges et leur coloration est blanchâtre, sans teinte spéciale.

Dans le tiers inférieur, la configuration est différente : on retrouve l'aspect, comme à la face, d'une couche de collodion qui commencerait à s'effriter.

Les coudes-de-pied offrent à peu près les mêmes altérations.

A la face plantaire, on note une hyperkératinisation très développée surtout aux points d'appui sur le sol.

Le malade exhale une odeur de macération assez pénétrante.

*Viscères.* — Les poumons sont sains.

Le cœur est normal.

Les fonctions digestives s'accomplissent bien.

La langue est rouge, lisse, humide, et offre une pointe très nettement triangulaire.

Les urines ne contiennent pas d'albumine.

Au lendemain de l'entrée du malade à l'hôpital, les squames recueillies dans son lit donnent un poids de trois grammes.

*OBSERVATIONS III.* — (Malade présenté à la Société médicale des hôpitaux le 24 juin 1898). — Georges C., âgé de 15 ans 1/2. Entré à l'hôpital le 22 juin 1898.

*Antécédents héréditaires.* — Le père est mort à l'âge de 46 ans. Il était alcoolique. Au régiment, il avait eu des accidents vénériens (probablement syphilitiques).

La mère est bien portante. Elle n'a jamais fait de fausse couche. Le malade actuel est le seul enfant qu'elle ait jamais eu.

Pas de consanguinité entre les parents.

Pas de maladies de peau dans les deux familles.

*Antécédents personnels.* — L'enfant est né à terme. Au moment de

la naissance il ne présentait pas d'ectropion, il semblait même « un bel enfant ».

Dès le lendemain on remarque que la peau est rouge et toute plissée.

Il fut très difficile à élever et resta toujours chétif et délicat.

A l'âge de 6 ans, il eut la rougeole.

A 10, 11 et 12 ans, l'enfant eut trois insulations très graves qui mirent même sa vie sérieusement en danger.

Sa taille est de 1 m. 37.

L'intelligence est très nette : il comprend immédiatement ce qu'on lui dit et il répond très bien à toutes les questions qu'on lui pose. Il sait lire et écrire.

Il est très nerveux et très émotif.

L'enfant est bien proportionné pour sa taille, sauf pourtant au point de vue de l'appareil génital qui est fort peu développé. On ne sent dans les bourses qu'un testicule de la grosseur d'un petit haricot.

*Face.* — L'ensemble du visage est petit ; mais étant donnée la petite taille du sujet, le fait est moins frappant que chez l'ichthyosique dont l'observation précède.

Les cheveux sont gros et raides. A leur base, on trouve des squames épaisses, de coloration gris sale.

On trouve de petites clairières aloécipiques sur le sommet de la tête, présentant le même aspect que celles que peut produire une éruption un peu confluente d'impétigo.

Le front présente des rides transversales, dans l'intervalle desquelles on trouve des squames plus épaisses et qui ressemblent à de la crasse. Ectropion peu accusé. La paupière inférieure n'est nullement retournée ; mais la paupière supérieure, surtout pour l'œil gauche, ne peut pas recouvrir complètement les globes oculaires.

Les yeux ne sont pas larmoyants. La conjonctive n'est nullement irritée. Les deux paupières sont sensiblement épaissies et recouvertes de squames minces et petites.

Les dents, petites et irrégulières, présentent des stries transversales sur toute leur hauteur. Le bord tranchant est déchiqueté, surtout pour les dents du maxillaire supérieur, qui sont d'ailleurs les plus altérées. Pas de traces de carie.

Le nez, légèrement retroussé, présente quelques squames grises, épaisses et adhérentes sur ses parties latérales et sur ses ailes. La cloison dépasse légèrement le plan horizontal de l'orifice des narines ; mais dans son ensemble, le nez ne paraît pas déformé.

Les oreilles sont petites ; leur lobule est adhérent.

Le bourrelet supérieur est comme aplati et comme écrasé (Cette oreille présente une analogie frappante avec celle du malade précédent).

Les sourcils sont peu abondants.

Les cils paraissent normaux.

Les joues sont moins atteintes. Les squames qui les recouvrent sont

plus minces et présentent un aspect furfuracé. Les sillons sont moins nombreux et moins profonds.

Le menton est sillonné de plis verticaux, qui divergent en dehors en prenant la fossette du menton pour point de départ.

*Cou.* — Le cou présente sur toute sa surface, tant à la partie antérieure que sur les parties latérale et postérieure, l'aspect d'écailles de crocodile.

On y voit des craquelures dont la direction est perpendiculaire à celle du sterno-cléido-mastoïdien et qui sont elles-mêmes entrecroisées par d'autres sillons transversaux, moins profonds.

Dans les loges ainsi constituées on trouve des squames épaisses, de la largeur de l'ongle environ. Ces squames sont très nettement délimitées sur cette partie du corps, et même lorsqu'elles sont tombées, on en retrouve très facilement la place grâce à la coloration plus rouge qu'ont conservée les sillons.

Les squames à ce niveau étaient grasses, épaisses, noirâtres et facilement détachables. Par leur imbrication elles rappellent tout à fait la peau de crocodile, aspect d'ailleurs qui n'apparaît très net que sur la face antérieure du tronc et des jambes ; tandis que sur la face postérieure les squames sont beaucoup plus larges, plus fines, plus sèches et blanchâtres : leur aspect est brillant, présente des reflets comme de la moire.

Le dos du malade a plutôt l'apparence d'un reptile que d'un crocodile.

La face antérieure de l'aisselle et le moignon de l'épaule présentent des lésions très accusées.

Il faut noter surtout des plis transversaux profonds qui se continuent sur toute la hauteur du membre supérieur.

Au niveau des plis de flexion et sous les aisselles, bien que la peau présente un plus grand nombre de plis que partout ailleurs, les squames sont toujours extrêmement minces et moins abondantes.

A la partie antérieure du ventre, au pourtour de l'ombilic, les plis transverses et verticaux donnent à la peau l'aspect crocodilien que présente le cou.

*Dos.* — Sur le dos qui paraît recouvert d'un enduit fait avec une colle brillante (comme une couche de collodion), les squames sont d'un blanc nacré, minces et se soulèvent par places au niveau des sillons. Ceux-ci sont très nets dans le sens vertical : ils partent de l'espace interscapulaire pour aboutir sur les flancs ; ils semblent partir en haut d'un point commun pour s'écarter en bas et en dehors comme les baguettes d'un éventail.

Du rebord des fausses côtes aux fesses, les plis sont peu accusés, et les squames, beaucoup plus petites sont peu abondantes.

*Parties génitales.* — Les poils sont presque complètement défaut, à peine trouve-t-on, sur le pubis, un léger duvet.

La verge, pas plus que le scrotum, ne présente de lésions bien accusées.

La région anale est presque indemne, ainsi que le périnée.



*Membres supérieurs.* — Les bras sont sillonnés par des plis qui les parcourent en tous sens. Ces plis délimitent des squames blanchâtres de dimensions variables.

Le pli du coude et la région olécrânienne sont à peu près respectés.

L'avant-bras présente des lésions similaires. La face dorsale des mains est épaissie, parcheminée, luisante. Les plis y sont nombreux; ils déterminent entre eux comme des bourrelets. Par son aspect, la peau de la main rappelle la peau des pachydermes.

Cà et là on observe de petites dépressions noirâtres qui indiquent la place des follicules pileux.

A la face palmaire, la peau est lisse et luisante, elle rappelle les lésions de la kératodermie.

Les mains sont le siège d'une transpiration très abondante.

Les ongles sont lisses, arrondis et brillants.

*Membres inférieurs.* — Sur les cuisses, les lésions prédominent sur la face interne où l'on remarque la présence de sillons obliques de haut en bas et légèrement en dehors qui délimitent de grandes squames, de coloration gris jaunâtre, présentant la forme et l'aspect de celles du cou, mais de beaucoup plus grandes dimensions.

Sur la face externe, les lésions sont moins accusées, l'aspect crocodilesque de la peau est moins net.

Au niveau des rotules, on retrouve des plis transversaux qui semblent coordonnés par rapport à la rotule.

La partie interne du genou est à peu près indemne.

Au creux poplité, ainsi que dans l'aisselle, hyperkératose notable; mais, chez ce malade, les squames ne présentent pas l'aspect noirâtre que nous avons observé chez le malade de l'observation précédente.

Les jambes présentent le même aspect que les cuisses. Les squames sont plus larges et leur coloration est blanc jaunâtre. On retrouve, comme sur la face, l'aspect d'une couche de collodion qui commence à se fissurer.

Les cous-de-pied présentent, tant à leur face antérieure qu'à leur face postérieure, des sillons profonds transversaux et des squames très abondantes surtout en arrière au niveau du tendon d'Achille.

A la plante des pieds, hyperkératose surtout marquée au niveau des points d'appui.

Rien à signaler du côté des viscères qui sont normaux.

Les fonctions digestives s'accomplissent bien.

Pas d'albumine dans les urines.

Les squames, sur toute l'étendue du corps, sont grosses, épaisses, elles se détachent très facilement.

Au bout de trois semaines de traitement, l'état du malade se trouve considérablement amélioré.

Les observations qui précèdent ont trait à des formes intenses de la maladie, avec squames épaisses, hypertrophie épidermique marquée des régions plantaires et palmaires, ectropion plus ou



moins marqué ; pour accusée qu'elle soit, la ressemblance avec l'ichtyose vulgaire est rompue par l'exagération du processus d'hyperkératose, bien plus encore que par les détails de morphologie et les différences de topographie.

Dans l'observation suivante, le processus notablement atténué ne dépasse pas dans son intensité les formes habituelles de l'ichtyose vulgaire ; la différenciation s'établit par l'envahissement des plis articulaires au voisinage desquels les saillies épidermiques s'ordonnent en séries linéaires, par la disparition des champs épidermiques et des fissurations sur la paroi antérieure du tronc, par l'hyperhidrose palmaire et plantaire.

Ce cas pourrait être considéré comme un fait de passage avec l'ichtyose vulgaire si la différence radicale de nature entre les deux maladies permettait d'admettre des faits de passage de l'une à l'autre.

C'est, croyons-nous, à des faits de ce genre qu'Ernest Besnier donnait le nom d'ichtyose paratypique.

OBSERVATION IV. — P... Marcel, âgé de 27 ans, vient nous consulter à l'hôpital St-Louis en avril 1921 pour un impetigo de la face ; à cette occasion nous faisons le diagnostic d'ichtyose foetale pour laquelle le sujet n'a jamais vu de médecin.

Le sujet est peu intelligent, se prête mal à un interrogatoire précis ; cependant on ne trouve dans son histoire aucun antécédent notable. Deux frères actuellement âgés respectivement de 32 ans et de 20 ans ne sont atteints d'aucune maladie de peau. Le père, né à Nevers, est actuellement en très bonne santé ; la mère, de même origine, est morte tuberculeuse. Notre malade de taille moyenne, présente une santé générale parfaite et a fait toute la campagne comme soldat.

Il ne s'est jamais soucié des lésions cutanées qu'il présente actuellement et d'après lui ses parents les auraient remarquées dès sa naissance. Elles n'ont subi depuis de longues années aucune modification, cependant elles sont moins accentuées en été qu'en hiver.

*Etat actuel.* — La face est très peu atteinte comme d'ailleurs l'ensemble du corps, car il s'agit d'une ichthyose particulièrement bénigne. La peau du front est un peu sèche avec une légère desquamation furfuracée. Il en est de même des paupières, mais celles-ci présentent de plus, surtout la supérieure, de petites lignes cicatricielles peu profondes, s'entrecroisant l'une l'autre et formant un quadrillage. Il n'existe aucune malformation des paupières, pas d'ectropion.

Les lésions des oreilles sont les mêmes que celles rencontrées dans nos autres observations d'ichtyose : oreille petite, helix aplati, lobule adhérent et oreille collée contre le crâne. Les cheveux sont peu abondants, le cuir chevelu est séborrhéique.

Sur le cou la desquamation est furfuracée, un réseau cicatriciel très superficiel forme un quadrillage à peine apparent; celui-ci est d'ailleurs plus marqué sur les parties latérales que sur les parties antérieures et postérieures du cou.

La partie du thorax antérieure ainsi que la région mammaire sont presque normales, sauf la sécheresse de la peau. Sur la partie supérieure de l'abdomen les lésions sont plus marquées, des sillons transversaux assez nets et des lignes verticales moins régulières forment de petits quadrilatères recouverts d'une desquamation furfuracée.

Sur la partie supérieure du dos, sur les parties latérales du thorax, ces sillons sont disposés suivant des lignes parallèles partant de l'espace interscapulaire pour aboutir sur les parties latérales du tronc tandis que dans la région lombaire ils ont une disposition transversale. Sur toute cette zone la peau est sèche, légèrement squameuse, le plus souvent sous forme de desquamation furfuracée, rarement lamelleuse, mais sans aucune production épidermique épaisse.

A la face antérieure de l'aisselle et du moignon de l'épaule on remarque de petites verrucosités disposées parallèlement au pourtour du moignon de l'épaule, tandis que sur les faces antérieure, latérales et postérieure du bras la peau est simplement recouverte de squames lamelleuses que nous retrouvons moins larges au niveau des avant-bras.

Par contre sur la région du pli du coude on note des sillons parallèles à ce pli séparant des séries linéaires de verrucosités.

Les mains par contre, sont le siège d'une transpiration très abondante mais on ne note aucune trace de kératodermie. Les ongles présentent, semble-t-il, une pousse normale.

Sur les fesses on note de larges craquelures polygonales avec une desquamation lamelleuse par place.

Sur les membres inférieurs, les lésions sont surtout marquées au niveau de la face antérieure des cuisses et des jambes sous forme de desquamation lamelleuse et au niveau des creux poplités nous retrouvons des lésions analogues à celle des plis du coude : petites verrucosités disposées en séries linéaires parallèles aux plis de flexion.

Au niveau de la face plantaire aucune trace de kératodermie, mais l'hyperhidrose des deux pieds est très marquée, il n'existe pas de lésions unguéales et la pousse des ongles paraît normale.

(à suivre)

---

# SYPHILIS CRYPTOCARCINIQUE A DÉBUT GANGLIONNAIRE (SYPHILIS A BUBON D'EMBLÉE)

Par CH. AUDRY et L. CHATELIER de Toulouse

Tout le monde sait que beaucoup de syphilitiques ignorent leur chancre. La plupart du temps, on admet qu'il n'a pas été aperçu. La question se pose de savoir : s'il y a des syphilis sans chancre. A cela on peut répondre affirmativement, mais une syphilis réellement cryptogénétique peut affecter deux processus initiaux totalement distincts (1).

## I

Une syphilis acquise peut être réellement cryptogénétique :

1° S'il y a inoculation intra-vasculaire sanguine : *syphilis hématogène* comparable exactement à la syphilis congénitale.

2° S'il y a inoculation *percutanée, conjonctive, lymphatique et ganglionnaire* sans sclérose initiale, sans chancre.

L'existence d'une syphilis hématogène expérimentale est maintenant trop bien établie pour qu'on puisse nier *a priori* la possibilité de sa réalisation clinique. Mais nous n'avons rien à dire de personnel à son sujet. Bornons-nous à remarquer qu'elle semble devoir comporter l'absence de réaction ganglionnaire satellite de la région d'entrée et, vraisemblablement, une abréviation de la période de généralisation.

Nous ne nous occupons ici que de la seconde variété : *syphilis par inoculation percutanée, conjonctive, lympho-ganglionnaire* et même, d'une forme, d'une variété particulière de cette syphilis.

En voici cinq observations dont les premières furent inattendues et dont la teneur souffre de cette surprise.

(1) Cf. Sur un cas d'infection cryptogénétique... par S. NICOLAU, dans ces *Annales*, juillet 1916, t. VI, n° 4, p. 186.

V. aussi la thèse de COZANET : Bordeaux 1913, *De la syphilis d'emblée*, un article de LUDWIG (*Syphilis d'emblée et syphilis professionnelle chez les médecins*) analysé dans les *Annales* de 1910, p. 98, un autre de J. ALMEVIST sur la « *Syphilis à chancre caché* » in *Dermatologische Wochenschrift*, février 1913, n° 7, p. 190, etc., etc.

## OBSERVATION I

B. J., 23 ans. — Se présente à la consultation le 5 septembre 1920, pour une petite ulcération du sillon balano-préputial qui guérit rapidement par l'iodoforme, sans réaction ganglionnaire et sans autre phénomène morbide. Trois semaines après, il est hospitalisé pour un énorme bubon de l'aîne gauche, déjà ramolli par place. Sur la verge on ne trouve plus trace de l'ulcération primitive, ni d'induration consécutive. L'examen des régions périnéale et anale ne montrent rien d'anormal, pas de plaies des membres inférieurs ou des pieds. Le malade dit n'avoir jamais été malade, ni n'avoir jamais eu de maladies vénériennes. Peu de jours après l'entrée, se déclare une angine pultacée violente avec élévation de la température, dysphagie intense et enduit pultacé des deux amygdales.

Rapidement l'angine rétrocede et guérit. L'adénopathie reste toujours volumineuse; la fluctuation s'accroît à la partie médiane, en deux points, où la ponction ramène très peu de pus. Injection d'iodoforme dans le ganglion. Au bout de 8 jours, amélioration nulle; il est fait une R. W., qui se montre fortement positive. Le traitement mercuriel et arsenical associé est institué: 4 injections tous les 9 jours de 0,60 puis de 0,75 de novarsénobenzol avec 12 centigrammes de mercure métallique chaque fois. Très rapidement, amélioration manifeste de l'adénopathie; le malade quitte l'hôpital le 17 novembre 1920, guéri: on ne trouve que quelques ganglions augmentés de volume, mais libres de toute périadénite.

## OBSERVATION II

G. X., 30 ans, est hospitalisé le 30 septembre pour un volumineux adéno-phlegmon de l'aîne droite, datant du 1<sup>er</sup> septembre, sans que le malade, ni nous-mêmes à l'examen, puissions découvrir sur la verge et le scrotum la moindre trace d'ulcérations ou d'érosions; pas de cicatrice sur les régions, rien non plus sur les fesses, le périnée, l'anus; pas de lésions inflammatoires des membres inférieurs. Le bubon est très volumineux, ramolli, avec inflammation vive de la peau et périadénite intense.

Le 4 octobre 1920, ponction du bubon, évacuation d'une petite quantité de pus. La masse ganglionnaire saigne facilement, est peu douloureuse. En même temps une R. W., est effectuée qui est fortement positive. Le traitement mixte arsenical et mercuriel est institué. Le malade reçoit 4 injections intraveineuses de novarsénobenzol, avec 10 centigrammes d'huile grise chaque fois. La 5<sup>e</sup> injection n'est pas faite, le malade étant sorti en très bon état et n'étant par revenu; l'adénopathie n'est plus constituée que par 3-4 ganglions un peu plus gros que d'ordinaire; la plaie de ponction s'est fermée rapidement. 4 mois après, le malade revient pour une fistule qui se rouvre de

temps à autre au niveau de l'ancienne plaie, on trouve une petite cavité dans une coque fibreuse superficielle, qui est ouverte, grattée et qui guérit rapidement après quelques pansements.

## OBSERVATION III

R. J., 26 ans, entré le 13 novembre 1920 pour un gros bubon, d'apparence phlegmoneuse de l'aîne droite. L'adénite avait débuté le 1<sup>er</sup> septembre environ, sans que le malade eut rien remarqué d'anormal sur la verge ou le prépuce. Le seul accident à noter dans les antécédents du malade est une blennorrhagie vieille d'un mois environ, pour laquelle le traitement est institué dès son entrée : pas d'induration localisée de l'urèthre pénien pouvant faire soupçonner un chancre endo-urétral et présence de gonocoques dans l'écoulement urétral. Sur le reste du corps, périnée, anus, fesses, membres inférieurs, rien à signaler. Le bubon est ponctionné et incisé le 20 septembre 1920 : pus en assez grande quantité, profond, grosse périadénite faisant un bloc gros comme une orange de tous les ganglions enflammés. Avertis par l'exemple du premier malade, nous faisons une R. W., qui se montre très fortement positive. Sous l'influence du traitement mixte, on voit l'adénopathie se résoudre rapidement, la périadénite perd ses caractères de violente inflammation, la masse totale diminue et, le 20 octobre 1920, à la sortie du malade, on ne voit plus qu'une polyadénite dure, indolore et mobile, formée de ganglions un peu plus gros que normalement.

## OBSERVATION IV

G. J., 26 ans, est hospitalisé, le 30 septembre 1920, pour une grosse adénopathie de l'aîne droite, qui aurait débuté quelques jours auparavant, sans que le malade puisse préciser. Rapidement elle avait pris une allure inflammatoire et, quand le malade vient nous voir, on trouve une masse, du volume d'une petite orange, occupant toute la région supérieure et externe du pli inguinal, un peu au-dessus de l'arcade ; cette masse est constituée par plusieurs ganglions dont on distingue mal les contours et le nombre ; la fluctuation y est facilement perceptible, la peau est rouge et luisante, l'ouverture spontanée de l'abcès paraît très prochaine. On incise, on vide la poche et on la panse à la glycérine iodoformée, croyant à un bubon chancereux. Cependant sur la verge ou le scrotum, on ne découvre rien, rien non plus sur la périnée, à l'an us, aux fesses et aux membres inférieurs pouvant expliquer ce bubon. Pas d'écoulement urétral, pas d'induration du canal pour faire penser à un chancre endo-urétral. Dans les antécédents du malade, rien à signaler.

La Réaction de Wassermann est faite : elle est également positive forte. Le traitement est institué le 8 octobre, on voit rapidement

s'améliorer l'inflammation, se résoudre la périadénite et le 5 novembre quand le malade quitte le service, il n'y a qu'une polyadénite, encore un peu volumineuse, mais ayant perdu tout caractère inflammatoire.

#### OBSERVATION V

M. E., Espagnol, 30 ans, se présente à la consultation le 27 décembre porteur d'un très volumineux adénophlegmon de l'aine droite, ayant débuté quelques jours auparavant, on voit une masse enflammée, fluctuante, recouverte d'une peau luisante, violacée, prête à laisser passer le pus. L'examen du malade montre une balanite érosive très intense, avec au centre, sur la face dorsale de la verge, une nappe lymphangitique accusée. Le malade est hospitalisé; le bubon est ponctionné: il rend une grande quantité de pus « louable », qui,ensemencé, donne quelques maigres colonies de staphylocoques; on le panse à l'iodoforme, comme un bubon chancrilleux. Sur le gland, nitrate d'argent, bleu de méthylène. La balanite guérit très rapidement sans qu'on puisse voir la moindre trace de chancre, tandis que le bubon évolue avec lenteur; des clapiers obligent à un débridement large, sans plus de résultat. Par erreur, il est fait une injection de 0,60 de novarsénobenzol le 30 décembre. Au bout de 15 jours, devant l'atonie de la plaie, la persistance de la périadénite, on fait une R. W., qui se montre très fortement positive. Le traitement est institué, qui amène promptement la guérison de la plaie opératoire, la résolution presque complète de l'adénopathie et le malade sort le 10 janvier.

En résumé, nos cinq observations comprennent :

1° Un exemple d'érosion insignifiante, jamais chancriforme, accompagné d'une polyadénite suppurée, et dont la nature syphilitique n'a pu être révélée que par une R. W. +.

2° Un exemple de balanite érosive typique accompagnée de polyadénite suppurée et d'une R. W. +.

3° Trois cas de polyadénite suppurée exempt de toute manifestation appréciable, d'une porte d'entrée quelconque, et dont la nature n'a pu être reconnue que par la R. W.

Les 5 cas ont été recueillis en l'espace de 5 mois. Nous n'aurions pas même soupçonné la valeur et la nature des accidents que nous avions sous les yeux; et c'est par pur hasard que nous avons recherché la R. W. chez les premiers de nos malades. Inutile d'ajouter que maintenant, nous recherchons constamment la R. B.-W. dans tous les cas de ce genre. Et nous sommes bien obligés de nous avouer que nous avons dû méconnaître bien d'autres faits semblables.



Il y a d'ailleurs dans nos observations une lacune importante et que nous n'avons pas eu l'occasion de remplir : Il nous manque l'examen du liquide de ponction ganglionnaire. Nous nous en excusons d'abord sur la surprise que nous ont causée nos premiers cas, nous avouons aussi une ignorance : nous n'étions pas au courant des travaux récents sur l'importance de la recherche des tréponèmes dans les ganglions. Or, tout paraît confirmer l'utilité des recommandations d'E. Hoffmann à ce sujet : sur 33 adénites métachancréuses, 30 présentaient des spirochètes dans le liquide de ponction (Habermann et Mauslagers); et sur ces 33 cas, 11 fois cette méthode avait permis de porter un diagnostic précoce. Sur 24 adénites métachancréuses, Frühwald (1) a eu 23 résultats positifs. Les résultats sont moins souvent positifs au fur et à mesure qu'on s'éloigne de la période du début. Dans un seul cas d'adénite suppurée inguinale indéterminée, nous avons eu récemment l'occasion de faire cette recherche; elle fut négative; or précisément dans ce cas, la R. B.-W., fut également négative, et il ne put être question de syphilis. Toutefois, nous mêmes n'avons rencontré de spirochètes que 2 fois sur 9 examens de suc ganglionnaire; il est que dans 5 de ces cas, l'infection datait de plus de 2 mois.

## II

Il y a longtemps que les vénéréologues se préoccupent des infections du coït sans porte d'entrée appréciable.

Par exemple, F. Schultz a publié une observation de lymphite d'emblée suivie de polyarthrites dont le liquide fournit des cultures de gonocoques (2).

Mais la question du bubon d'emblée de nature chancrelleuse est bien plus intéressante; bien que peut-être un peu oubliée, elle n'en a pas moins suscité jadis de nombreux travaux et de vives discussions. « Admis, autrefois par Reynaud (de Toulon), Baumès, Gibert, Vidal, nié par Ricord, Diday, Rollet et Lan-

(1) Sur les constatations des spirochètes dans les ganglions lymphatiques. *Über Spirochätenbefunde in Lymphdrüsen*, par R. Frühwald, *Wiener klinische Wochenschrift*, 11 novembre 1920, n° 46, p. 999.

(2) *Deutsche medizinische Wochenschrift*, n° janvier 1906 (analysé in *Semaine médicale* du 7 février 1906) : il n'y avait pas d'écoulement, cependant les urines limpides contenaient quelques globules de pus, des débris épithéliaux et des filaments, sans gonocoques ni autre microorganisme?



glebert, le bubon d'emblée chancrelleux n'était défendu que par de rares syphiligraphes au nombre desquels il faut citer Schutzenberger, Bertherand et Gamberini (de Bologne) quand parut en 1878 un très remarquable fait de Daniel Mollière.... Diday n'hésita pas à reconnaître l'exactitude de l'interprétation donnée par Mollière, et quelque temps après fut assez heureux pour l'appuyer d'un nouveau fait. Un troisième cas s'offrit enfin au Professeur Profeta (Palermo) ».

Les quelques lignes qui précèdent, tirées du livre de Jullien (1) suffisent pour montrer qu'on s'est abondamment préoccupé des infections vénériennes sans porte d'entrée appréciable. Jullien, lui-même, avec Mauriac et d'autres, reste dans les limites d'une sage prudence et observe qu'après tout, il est extrêmement difficile de repousser totalement l'hypothèse d'un chancre mou minime et éphémère dont il existait maints exemples, et qu'en effet nous n'avons pas cessé de rencontrer bien souvent.

Il est singulier que les vieux auteurs qui ont discuté la question de la syphilis d'emblée ne soient pas nombreux. La notion d'une syphilis acquise sans chancre n'avait jamais pu trouver jusqu'à nos temps, de défenseur bien convaincu (2). Il n'est pas utile de reproduire ici ce que l'on trouvera dans l'article précité de Nicolau. Au total, les hypothèses relatives à une infection sexuelle syphilitique sans chancre sont exactement celles qu'on invoquait à propos du bubon chancrelleux d'emblée. Abstraction faite d'une infection hématogène (elle supposerait en l'occurrence un traumatisme sanglant tel qu'une déchirure du filet, etc.), il ne reste que deux mécanismes possible : ou une pénétration immédiate du virus dans les voies lymphatiques, ou un chancre imperceptible.

La première hypothèse suppose des difficultés telles dans son application qu'il est difficile de lui accorder une valeur pratique. Il faudrait d'abord concevoir la pénétration directe de l'agent infectieux dans une fente lymphatique; arrivé là, il faut qu'un leucocyte s'en charge et l'emporte tout en respectant sa vitalité. En effet, un bacille de Ducrey est tout à fait incapable de par-

(1) *Traité pratique des maladies vénériennes*, 2<sup>e</sup> édition, p. 419. Ce livre est beaucoup trop oublié.

(2) En 1901, l'un de nous écrivait encore qu'il n'y avait pas de syphilis sans chancre, mais seulement des syphilis crypto-carciniques (*Précis des maladies vénériennes*).

courir par ses propres moyens le chemin qui unit le prépuce à un ganglion inguinal, et si un spirochète possède des propriétés de déplacement qui font défaut au bacille du chancre simple, rien ne nous autorise à lui accorder la faculté de se promener de cette façon.

Le bon sens nous contraint d'accepter l'hypothèse d'ailleurs très simple du chancre imperceptible, du chancre microscopique.

Nous savons bien d'ailleurs qu'il existe une période microscopique du chancre, qu'elle est même constante, et on n'éprouve pas de difficultés à croire qu'un chancre syphilitique peut théoriquement se borner à un groupe de 40 ou 50 cellules plasmatiques et lymphocytaires que rien ne révélera au porteur, et qui suffirait pour constituer une colonie et un centre d'émigration spirochétique.

Cependant, l'examen des cas que nous avons rapportés nous oblige à examiner la possibilité d'un troisième processus : on a vu que chez tous nos malades, la réaction ganglionnaire avait présenté une intensité telle que la suppuration y était constante.

D'autre part, deux de nos sujets avaient offert l'un une érosion, peut-être banale, peut-être chancreuse, l'autre une simple balanite. Songeons enfin à la fréquence relative du chancre mixte. Nous pensons que dans de pareils cas, on ne peut se refuser complètement à admettre la possibilité d'une résorption spirochétique directe et immédiate par les leucocytes qu'ont appelés une cause toute différente. En ces cas, l'absorption lymphatique pourrait être comparée à l'infection hématogène initiale.

En résumé il existe des syphilis qui ne débutent pas par un chancre macroscopique :

1° les unes sont consécutives à une inoculation sanguine primitive (expérimentation, congénitalité, syphilis par piqures, etc.);

2° d'autres hypothétiques, sont peut-être consécutives à une résorption spirochétique effectuée au niveau et à la faveur d'une autre infection initiale ;

3° d'autres, et de beaucoup les plus fréquentes, les plus réelles, succèdent à des chancres microscopiques, imperceptibles.

En pratique, on peut affirmer que ces syphilis crypto-carciniques sont bien moins rares qu'on ne le croit ; et que parmi elles, il en est une variété caractérisée par l'intensité de la réaction ganglionnaire satellite : Syphilis à bubon d'emblée.

## UN NOUVEAU CAS DE PACHYDERMIE VORTICELLÉE DU CUIR CHEVELU

Par CH. LENORMANT

Je viens de voir et d'opérer un nouveau cas de pachydermie vorticellée du cuir chevelu, cas qui présentait de grandes analogies avec celui que j'ai publié récemment dans les *Annales de Dermatologie* (n° 5, mai 1920, p. 225). Cette coïncidence de deux cas rencontrés par le même chirurgien dans la même année tendrait à faire croire que l'affection est peut-être moins rare que ne le donnerait à penser le petit nombre des faits connus.

Ma seconde malade était une petite fille de 9 ans et demi, née en Algérie, de parents français, et qui avait été conduite par son père à l'hôpital Saint-Louis pour y consulter au sujet d'une lésion du cuir chevelu. Elle me fut envoyée le 3 novembre 1920 d'un service de médecine. Dès le premier coup d'œil, il était facile de faire le diagnostic, encore que la malformation fut moins étendue et moins saisissante que chez ma première malade.

La lésion occupait la partie postérieure du cuir chevelu, envahissant les régions occipitale et pariétales postérieures et descendant vers la nuque jusqu'à la limite d'implantation normale des cheveux. Elle formait, dans son ensemble, une plaque ovale, à grand axe orienté de haut en bas et de gauche à droite, et mesurait 16 centimètres sur 10 (fig. 1). Dans toute son étendue, le cuir chevelu était très épaissi, de coloration brunâtre et parcouru par des sillons irréguliers, de premier et de second ordre, le divisant en circonvolutions mamelonnées. Quelques cheveux noirs s'implantaient dans le fond des sillons, tandis que la surface des circonvolutions était parfaitement glabre. L'aspect d'ensemble de la lésion était moins curieusement « cérébriforme » que dans mon premier cas.

Le reste du cuir chevelu était absolument normal; la chevelure, abondante et souple, présentait une coloration noir foncé.

Sur la nuque, au-dessous de la limite inférieure de la plaque pachydermique et nettement séparée d'elle, on trouvait une petite tumeur sous-cutanée, ovale, aplatie, des dimensions

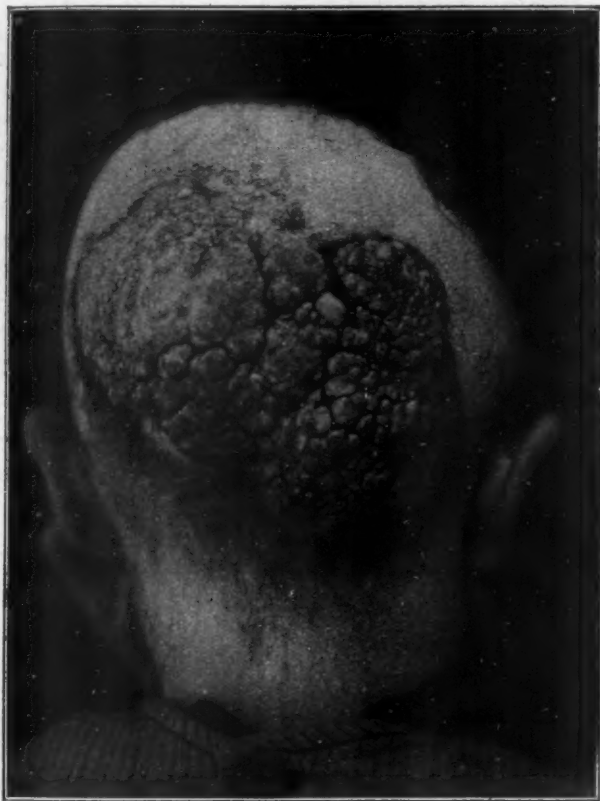


Fig. 1.

d'un haricot ; la peau qui la recouvrait était mobile et normale. En aucun point du corps, on ne notait d'autre malformation. La tumeur était indolente et il n'existait aucune espèce de trouble fonctionnel.

D'après les dires du père de la malade, on avait constaté chez elle, *dès la naissance*, l'existence d'une sorte de petit bouton,

large comme une pièce d'un franc, saillant et brunâtre — probablement un *naevus* —, à la partie postérieure du cuir chevelu. Puis, graduellement et insensiblement, ce « bouton » s'était



Fig. 2.

agrandi, étalé et avait à la longue acquis les dimensions et l'aspect que je viens de décrire.

Les conditions se présentaient bien plus favorables ici que dans mon premier cas au point de vue thérapeutique : la plaque de pachydermie était encore assez limitée pour que son exérèse fût possible en une seule séance, et l'intervention chirurgicale était ainsi susceptible de guérir radicalement la malade.

L'opération fut pratiquée le 9 novembre, sous anesthésie au chloroforme. J'excisai au bistouri toute la zone envahie du cuir chevelu, passant sur tout son pourtour en tissu sain. L'hémorragie fut modérée ; il n'y eut à lier que deux rameaux de l'artère occipitale dans le bas de la plaie et à assurer l'hémostase de la tranche cutanée par un surjet à la soie. J'enlevai en même temps la petite tumeur sous-cutanée sous-jacente à la plaque de pachydermie : il s'agissait d'un kyste sébacé.

La plaie opératoire fut pansée à plat ; puis, lorsqu'elle fut en plein bourgeonnement, je la recouvris, le 4 décembre, de greffes de Thiersch prélevées sur les deux cuisses de la malade. Une partie de ces greffes se mortifia, mais il resta des flots d'épidermisation suffisant pour assurer la cicatrisation progressive de la plaie. Celle-ci était complète vers le milieu de février (fig. 2). La cicatrice paraît solide et tout me fait espérer que la malade est bien et définitivement guérie.

L'examen histologique de la pièce opératoire a été faite par M. Civatte dans le laboratoire de M. Darier. Il a donné des résultats très semblables à ceux constatés dans mon premier cas et montré le même épaissement du cuir chevelu et la même infiltration du derme par des cellules nœviques, les unes disséminées, les autres agglomérées en amas, véritables thèques nœviques (1).

..

Cette observation est, de tous points, comparable à celles publiées déjà par Malartich et Opin et par moi-même. Toutes trois se différencient par des caractères cliniques et anatomo-pathologiques bien tranchées : structure histologique de nœvus, aspect morphologique si particulier de la lésion, congénitalité, tendance à l'extension et à l'envahissement progressif des parties saines du cuir chevelu.

Beaucoup des cas antérieurement publiés comme pachydermie vorticellée — en Allemagne surtout, où l'on a rangé sous cette étiquette toute espèce de plissements du cuir chevelu, quel qu'en fussent la cause et l'importance — ne présentent pas des carac-

(1) Les détails de cet examen seront publiés dans la thèse de mon élève Georgesco.



---

tères aussi tranchés. Il me semble légitime de réserver strictement le nom de pachydermie vorticellée du cuir chevelu (ou tout autre qui paraîtrait préférable) aux formes typiques, à celles qui sont histologiquement un « *nœvus géant* » et qui constituent une espèce morbide bien déterminée.

---

**NOTE**  
**A PROPOS DES INJECTIONS INTRA-VÉINEUSES**  
**DE FORMINE (UROTROPINE)**  
**DANS LE TRAITEMENT DE LA SYPHILIS**

**POMARET**  
Chef du Laboratoire des  
travaux chimiques.

Par MM.  
et

**THINH**  
Interne des Hôpitaux.

Le 29 décembre 1920, M. Demitresco avait présenté à la Société Médicale des hôpitaux de Bucarest, deux cas de guérison de syphilis secondaire par des injections intra-veineuses de formine.

Dans le premier, il s'agissait de plaques muqueuses du pharynx et du larynx, de paralysie faciale et de syphilides papuleuses entièrement guéries par 10 injections intra-veineuses de formine à la dose de 3 grammes par jour.

Le second, non moins remarquable, concernait la guérison, par le même traitement, de plaques muqueuses buccales, d'une laryngite et de syphilides papuleuses chez une femme albuminurique.

Nous avons pensé qu'il serait intéressant de rechercher quelle est la valeur réelle de cette nouvelle médication, susceptible d'être utilisée dans les cas de stomatite intense, d'albuminurie massive, d'ictère d'origine toxique, alors que les médicaments de fond, tels que le mercure et les composés arsenicaux sont, sinon contre-indiqués, du moins momentanément peu utilisables aux doses thérapeutiques habituelles. D'autre part, il importe de ne pas laisser évoluer sans traitement des accidents syphilitiques, souvent très contagieux par surcroît. On comprend l'intérêt qu'il y aurait à pouvoir s'adresser, en pareil cas, même momentanément, à un composé inoffensif tel que la formine.

Nous devons dire que les essais poursuivis jusqu'ici n'ont pas répondu à notre attente.

OBSERVATION I. — André L..., 23 ans, entré le 5 mars 1921 dans le service de M. le professeur Jeanselme, à l'hôpital Saint-Louis.

Chancres indurés du sillon balano-préputial, au voisinage du frein il y a deux mois. Depuis un mois, angine, puis éruption extrêmement floride de syphilides papuleuses sur tout le corps. Sur la face, en particulier, elles sont extrêmement abondantes, de coloration rouge orangé, couvrant le front, le nez, les pommettes et le menton; le cou, le tronc à l'exception de la région sous-ombilicale, les membres ne sont pas davantage épargnés par cette poussée éruptive très affichante, visible à distance et qui avait déterminé le malade à venir consulter à l'hôpital. Micropolyadénopathie, Plaques muqueuses sur le pilier postérieur gauche du voile du palais. Réaction de Wassermann positive pour le sang, négative pour le liquide céphalo-rachidien qui était d'ailleurs normal au point de vue chimique et cytologique.

Traitement par 6 injections intraveineuses de formine, à raison de 10 cc. d'une solution à 0 gr. 25 par cc., soit 2 gr. 50 par injection et par jour.

Nous n'avons noté aucune réaction locale ou générale après chacune des piqûres. Les syphilides papuleuses en particulier ont conservé leur coloration rouge orangé, leurs dimensions et leur forme. Aussi le traitement arsenical est-il institué aussitôt après la 6<sup>e</sup> piqûre de formine. Deux jours après la première injection intra-veineuse de 0 gr. 30 de novarséno-benzol, on note déjà un changement dans la coloration des syphilides papuleuses, dont la teinte rouge orangée se fonce progressivement, devient plus cuivrée. Cette teinte s'accroît lors des injections suivantes et le malade amélioré quitte le service le 2 avril pour reprendre son travail tout en continuant à suivre son traitement.

OBSERVATION II. — Henri S..., 31 ans, burineur, entré le 11 mars 1921 dans le service de M. le professeur Jeanselme à Saint-Louis.

Il y a six mois, chancre induré du prépuce, suivi 6 semaines après de plaques muqueuses buccales; a été soigné à ce moment par 8 injections intraveineuses de novarséno-benzol et 4 de cyanure de mercure, qui avaient fait disparaître les plaques muqueuses. Le malade avait cessé ensuite tout traitement.

Il y a un mois, réapparition des plaques muqueuses buccales. Au moment de son entrée dans le service on constatait d'énormes plaques papulo-érosives sur la face interne des lèvres et des joues, au voisinage des commissures, au niveau du fourreau de la verge et sur le scrotum. Le malade présentait en outre une dentition en fort mauvais état, une stomatite intense et du subictère, ce qui nous avait incité à avoir recours à la formine.

Du 11 au 23 mars, on pratiqua chaque jour une injection intraveineuse de 2 gr. 50 de formine. Aucune réaction générale ou locale appréciable. Sur le conseil de M. le professeur Jeanselme, nous avons suivi à l'ultra-microscope les modifications survenues après les injec-

tions de formine au niveau des plaques muqueuses buccales qui fourmillaient de tréponèmes. Les examens ont été faits à intervalles réguliers : 2, 3, 4 heures après la première injection, puis le lendemain et le surlendemain, ainsi que vers les 9<sup>e</sup> et 10<sup>e</sup> jours.

A l'ultra-microscope, nous n'avons constaté jusqu'ici aucune modification, ni dans l'aspect morphologique, ni dans le nombre des tréponèmes, aussi bien dans les heures qui suivent chaque injection que vers le 10<sup>e</sup> jour du traitement à la formine.

Cliniquement d'ailleurs à ce moment, les plaques muqueuses buccales et génitales persistaient telles qu'elles étaient au début. Aussi avons-nous institué aussitôt le traitement arsenical.

Après deux injections de 0 gr. 15 et 0 gr. 30 de novarsénobenzol, les plaques diminuèrent de dimensions, puis se cicatrisèrent vers la 4<sup>e</sup> piqûre. Après la seconde injection arsenicale, un examen minutieux à l'ultra-microscope n'avait plus permis de déceler à leur niveau la présence de tréponèmes.

Ainsi voici deux cas de syphilis secondaire, l'un avec des syphilides papuleuses extrêmement florides, l'autre avec de volumineuses plaques muqueuses buccales permettant de suivre jour par jour les résultats du traitement par la formine.

Or, macroscopiquement, nous n'avons noté aucun changement appréciable dans l'aspect clinique des lésions qui persistent aussi intenses qu'au premier jour.

D'autre part, les examens à l'ultra-microscope dans l'observation II ont montré la persistance des tréponèmes dans les plaques muqueuses, malgré le traitement.

Pour toutes ces raisons, nous croyons pouvoir conclure que, contre la syphilis secondaire, la formine n'a pas confirmé les espérances fondées sur l'efficacité de son emploi.

---

## UN CAS DE SYPHILIS SECONDAIRE TRAITÉ PAR LES INJECTIONS INTRA-VEINEUSES D'UROTROPINE

Par Paul RAVAUT et H. RABEAU

Dans une communication à la Société médicale de Bucarest (1), M. Demitresco rapporte deux observations de malades atteintes de syphilis secondaire floride qu'il traita par des injections intra-veineuses de formine, et qui guérissent rapidement. L'une d'elles présentait outre des accidents cutanés et muqueux une paralysie faciale qui disparut en une dizaine de jours. L'auteur pensait qu'il y avait là un nouveau médicament antisypilitique, à la fois actif et facilement maniable.

Nous avons voulu nous rendre compte de la valeur thérapeutique de l'urotropine, et suivant la technique de l'auteur avons traité une malade atteinte de syphilis secondaire. Voici son observation :

Mesc... Marie, salle Astruc, n° 6, 20 ans. Chancre de la lèvre supérieure il y a trois mois. Actuellement : plaques muqueuses hypertrophiques vulvaires, condylômes anaux, plaques buccales et amygdaliennes. Polyadénopathie généralisée ; ni céphalée, ni alopecie. Pupilles égales, réagissant bien. Pas de troubles, de la réflectivité. Hecht et Wassermann très fortement positifs. Nombreux tréponèmes à l'ultramicroscope.

Le 14 février, la malade reçoit une injection intraveineuse de 10 cent. cubes de solution d'urotropine à 10 pour 100 d'eau distillée.

Le 15 février, injection intraveineuse de 20 cent. cubes de la même solution.

Le 16, le 17, le 18, injections de 30 cent. cubes de la solution.

(1) M. DEMITRESCO. Un nouveau médicament antisypilitique. L'Urotropine. *Société médicale de Bucarest*, décembre 1920.

Le 18, un examen à l'ultramicroscope montre des tréponèmes.

Le 19, le 20, le 21, le 22, le 23, injection intraveineuse de 30 cent. cubes de la solution d'urotropine à 10 o/o.

Le 23 un nouvel examen à l'ultramicroscope permet de constater des tréponèmes dans l'exsudat des plaques. Le Hecht et le Wassermann sont très fortement positifs.

Le 24, la malade reçoit une dernière injection de 30 cent. cubes d'urotropine à 10 o/o.

Au total en onze jours, la dose de 300 cent. cubes de solution d'urotropine à 10 o/o, a été injectée à cette malade, sans que l'on ait constaté d'amélioration nette des lésions, dans lesquelles on retrouvait des tréponèmes après dix injections intraveineuses du médicament. Devant un tel résultat la malade fut mise au traitement mixte, novarsénobenzol et mercure, et nous avons renoncé à un nouvel essai.

L'auteur ayant demandé dans sa communication que cette méthode thérapeutique soit expérimentée, nous apportons le résultat d'une tentative de traitement par le médicament. Bien que les doses aient été aussi fortes et aussi prolongées que celles préconisées par M. Demitresco, nous n'avons pas constaté d'action suffisamment nette pour que ce corps nous paraisse digne de figurer dans la thérapeutique, même accessoire de la syphilis.



OBSERVATION I. — André L..., 23 ans, entré le 5 mars 1921 dans le service de M. le professeur Jeanselme, à l'hôpital Saint-Louis.

Chancrè induré du sillon balano-préputial, au voisinage du frein il y a deux mois. Depuis un mois, angine, puis éruption extrêmement floride de syphilides papuleuses sur tout le corps. Sur la face, en particulier, elles sont extrêmement abondantes, de coloration rouge orangé, couvrant le front, le nez, les pommettes et le menton ; le cou, le tronc à l'exception de la région sous-ombilicale, les membres ne sont pas davantage épargnés par cette poussée éruptive très affichante, visible à distance et qui avait déterminé le malade à venir consulter à l'hôpital. Micropolyadénopathie, Plaques muqueuses sur le pilier postérieur gauche du voile du palais. Réaction de Wassermann positive pour le sang, négative pour le liquide céphalo-rachidien qui était d'ailleurs normal au point de vue chimique et cytologique.

Traitement par 6 injections intraveineuses de formine, à raison de 10 cc. d'une solution à 0 gr. 25 par cc, soit 2 gr. 50 par injection et par jour.

Nous n'avons noté aucune réaction locale ou générale après chacune des piqûres. Les syphilides papuleuses en particulier ont conservé leur coloration rouge orangé, leurs dimensions et leur forme. Aussi le traitement arsenical est-il institué aussitôt après la 6<sup>e</sup> piqûre de formine. Deux jours après la première injection intra-veineuse de 0 gr. 30 de novarséno-benzol, on note déjà un changement dans la coloration des syphilides papuleuses, dont la teinte rouge orangée se fonce progressivement, devient plus cuivrée. Cette teinte s'accroît lors des injections suivantes et le malade amélioré quitte le service le 2 avril pour reprendre son travail tout en continuant à suivre son traitement.

OBSERVATION II. — Henri S..., 31 ans, burineur, entré le 11 mars 1921 dans le service de M. le professeur Jeanselme à Saint-Louis.

Il y a six mois, chancrè induré du prépuce, suivi 6 semaines après de plaques muqueuses buccales ; a été soigné à ce moment par 8 injections intraveineuses de novarsénobenzol et 4 de cyanure de mercure, qui avaient fait disparaître les plaques muqueuses. Le malade avait cessé ensuite tout traitement.

Il y a un mois, réapparition des plaques muqueuses buccales. Au moment de son entrée dans le service on constatait d'énormes plaques papulo-érosives sur la face interne des lèvres et des joues, au voisinage des commissures, au niveau du fourreau de la verge et sur le scrotum. Le malade présentait en outre une dentition en fort mauvais état, une stomatite intense et du subictère, ce qui nous avait incité à avoir recours à la formine.

Du 11 au 23 mars, on pratiqua chaque jour une injection intraveineuse de 2 gr. 50 de formine. Aucune réaction générale ou locale appréciable. Sur le conseil de M. le professeur Jeanselme, nous avons suivi à l'ultra-microscope les modifications survenues après les injec-

tions de formine au niveau des plaques muqueuses buccales qui fourmillaient de tréponèmes. Les examens ont été faits à intervalles réguliers : 2, 3, 4 heures après la première injection, puis le lendemain et le surlendemain, ainsi que vers les 9<sup>e</sup> et 10<sup>e</sup> jours.

A l'ultra-microscope, nous n'avons constaté jusqu'ici aucune modification, ni dans l'aspect morphologique, ni dans le nombre des tréponèmes, aussi bien dans les heures qui suivent chaque injection que vers le 10<sup>e</sup> jour du traitement à la formine.

Cliniquement d'ailleurs à ce moment, les plaques muqueuses buccales et génitales persistaient telles qu'elles étaient au début. Aussi avions-nous institué aussitôt le traitement arsenical.

Après deux injections de 0 gr. 15 et 0 gr. 30 de novarsénobenzol, les plaques diminuèrent de dimensions, puis se cicatrisèrent vers la 4<sup>e</sup> piqûre. Après la seconde injection arsenicale, un examen minutieux à l'ultra-microscope n'avait plus permis de déceler à leur niveau la présence de tréponèmes.

Ainsi voici deux cas de syphilis secondaire, l'un avec des syphilides papuleuses extrêmement florides, l'autre avec de volumineuses plaques muqueuses buccales permettant de suivre jour par jour les résultats du traitement par la formine.

Or, macroscopiquement, nous n'avons noté aucun changement appréciable dans l'aspect clinique des lésions qui persistent aussi intenses qu'au premier jour.

D'autre part, les examens à l'ultra-microscope dans l'observation II ont montré la persistance des tréponèmes dans les plaques muqueuses, malgré le traitement.

Pour toutes ces raisons, nous croyons pouvoir conclure que, contre la syphilis secondaire, la formine n'a pas confirmé les espérances fondées sur l'efficacité de son emploi.

---

## UN CAS DE SYPHILIS SECONDAIRE TRAITÉ PAR LES INJECTIONS INTRA-VEINEUSES D'UROTROPINE

Par Paul RAVAUT et H. RABEAU

Dans une communication à la Société médicale de Bucarest (1), M. Demitresco rapporte deux observations de malades atteintes de syphilis secondaire floride qu'il traita par des injections intra-veineuses de formine, et qui guérirent rapidement. L'une d'elles présentait outre des accidents cutanés et muqueux une paralysie faciale qui disparut en une dizaine de jours. L'auteur pensait qu'il y avait là un nouveau médicament antisyphilitique, à la fois actif et facilement maniable.

Nous avons voulu nous rendre compte de la valeur thérapeutique de l'urotropine, et suivant la technique de l'auteur avons traité une malade atteinte de syphilis secondaire. Voici son observation :

Mesc... Marie, salle Astruc, n° 6, 20 ans. Chancre de la lèvre supérieure il y a trois mois. Actuellement : plaques muqueuses hypertrophiques vulvaires, condylômes anaux, plaques buccales et amygdaliennes. Polyadénopathie généralisée ; ni céphalée, ni alopecie. Pupilles égales, réagissant bien. Pas de troubles, de la réflexivité. Hecht et Wassermann très fortement positifs. Nombreux tréponèmes à l'ultramicroscope.

Le 14 février, la malade reçoit une injection intraveineuse de 10 cent. cubes de solution d'urotropine à 10 pour 100 d'eau distillée.

Le 15 février, injection intraveineuse de 20 cent. cubes de la même solution.

Le 16, le 17, le 18, injections de 30 cent. cubes de la solution.

(1) M. DEMITRESCO. Un nouveau médicament antisyphilitique. L'Urotropine. *Société médicale de Bucarest*, décembre 1920.

Le 18, un examen à l'ultramicroscope montre des tréponèmes.

Le 19, le 20, le 21, le 22, le 23, injection intraveineuse de 30 cent. cubes de la solution d'urotropine à 10 o/o.

Le 23 un nouvel examen à l'ultramicroscope permet de constater des tréponèmes dans l'exsudat des plaques. Le Hecht et le Wassermann sont très fortement positifs.

Le 24, la malade reçoit une dernière injection de 30 cent. cubes d'urotropine à 10 o/o.

Au total en onze jours, la dose de 300 cent. cubes de solution d'urotropine à 10 o/o, a été injectée à cette malade, sans que l'on ait constaté d'amélioration nette des lésions, dans lesquelles on retrouvait des tréponèmes après dix injections intraveineuses du médicament. Devant un tel résultat la malade fut mise au traitement mixte, novarsénobenzol et mercure, et nous avons renoncé à un nouvel essai.

L'auteur ayant demandé dans sa communication que cette méthode thérapeutique soit expérimentée, nous apportons le résultat d'une tentative de traitement par le médicament. Bien que les doses aient été aussi fortes et aussi prolongées que celles préconisées par M. Demitresco, nous n'avons pas constaté d'action suffisamment nette pour que ce corps nous paraisse digne de figurer dans la thérapeutique, même accessoire de la syphilis.

## REVUE DE DERMATOLOGIE

### **Blastomycose.**

**Pour la connaissance de la blastomycose cutanée** (Per la conoscenza della cosiddetta blastomicosi cutanea), par C. B. DALLA FAVERA. *Giornale Italiano della Malattie Veneree e della Pelle*, t. LV, 22 août 1914.

Le cas de D. F. se rattache par certains caractères aux blastomycoses décrites au Brésil par Lutz et Splendore et rappelant par d'autres points, le type Gilchrist.

La maladie contractée au Brésil par un enfant de 13 ans a débuté par une lésion ulcéreuse et végétante de la bouche accompagnée de tuméfactions ganglionnaires qui ont abouti à la suppuration.

Ultérieurement elle a envahi la presque totalité de la face et n'a pas tardé à se généraliser. Les lésions sont de trois types : papulo-pustuleux, ulcéreux et végétant, qui correspondent aux différents stades de leur évolution. Le malade succomba avec des symptômes d'hémorragie intestinale.

L'histologie a montré une structure essentiellement tuberculoïde. Le parasite a pu être cultivé, se présentant d'abord sous forme de cellules arrondies et puis de filaments. Inoculé au cobaye, il a donné des lésions locales et viscérales.

PELLIER.

### **Brûlures.**

**Les brûlures et leur traitement actuel** (Las quemaduras y su tratamiento actual), par V. CONTI, *Semana Medica*, 1910, n° 8.

Bons résultats d'un mélange de paraffine et d'huile de vaseline, fusible à 45° et additionné de goménol et d'eucalyptol.

PELLIER.

### **Dermatoses animales.**

**Sur quelques dermatoses des animaux** (Ueber einige Hautveränderungen bei Tieren), par LIPSCHUTZ, *Wiener Klinische Wochenschrift*, 1920, n° 20, p. 426.

1° Gale des rats, causée par un sarcopte semblable à celui de l'homme, croûteuse, quelquefois mortelle.

2° Rogne des souris caractérisée par la chute des poils, la cachexie, etc. etc., et causée par un ciron, un dermatophage, inconnu jusqu'à ce jour (il existe d'autres parasites connus).

3° Rogne des lapins, également causée par un ciron.

4° *Epithelioma contagiosum* de la crête des volailles (Bollinger) causée par un chlamydozoaire (virus filtrant).

5° Sarcome des poulets (Peyton Rous) dû aussi à un virus filtrant.

6° Sarcome fasciculé du rat, etc.

CH. AUDRY.

**Dermo-épidermites.**

Dermo-épidermites microbiennes streptostaphylococciques « parcheminées », par GOUGEROT. *Paris Médical*, 14 février 1920, n° 7, p. 140.

Quatre observations d'une forme rare et curieuse des dermo-épidermites streptococciques, caractérisée par un aspect très spécial parcheminé des squames et l'aspect rouge foncé, tendu, tantôt humide, tantôt brillant, gras, comme collodionné de l'épiderme. Parfois ces lésions sont associées à d'autres types des dermo-épidermites microbiennes.

R.-J. WEISSENBACH.

Les dermo-épidermites microbiennes en carapace, par GOUGEROT. *Paris Médical*, 19 juin 1920, n° 25.

Deux observations de dermo-épidermites microbiennes streptostaphylococcique l'une à carapace fine lamelleuse, l'autre à carapace épaisse plâtreuse. Toutes deux furent l'objet d'erreur de diagnostic la première ayant été prise pour un eczéma, la seconde pour un psoriasis.

R.-J. WEISSENBACH.

**Eczéma.**

Eczéma verruqueux nodulaire (prurigo nodulaire) (*Eczema verrucosum nodulare*) (*prurigo nodularis*), par E. AHRENS. *Dermatologische Wochenschrift*, 9 oct. 1920, n° 41, p. 823.

Observation de l'eczéma verruco-calleux de Unna, qui est le prurigo nodulaire de Hyde, le lichen obtusus corné de Brocq, l'urticaire chronique persistante de Fabry, l'urticaire persistante verruqueuse de Kreibich, etc.

Femme de 29 ans, malade depuis 3 ans, du fait d'un prurit violent suivi d'apparition d'éléments d'abord urticariens, qui persistent, s'indurent et deviennent hyperkératosiques.

Au microscope, acanthose, hyperkératose. Au-dessus du sommet des papilles, dans l'épaisseur de la couche épineuse, formations œdémateuses, aboutissant à des vésicules profondes.

La maladie est presque complètement limitée au sexe féminin; elle coïncide souvent avec des troubles menstruels, quelquefois avec de la tuberculose.

Elle débute par une longue période de prurit.

Elle se termine par la formation de papules sèches, différentes de l'urticaire.

La maladie est tenace, mais ne paraît pas grave au point de vue de l'état général.

CH. AUDRY.



**La sensibilisation aux albuminoïdes dans l'eczéma des adultes** (Protein sensitization in eczema of adults), par Fox et Fischer. *The Journal of the American Med. Association*, 2 oct. 1920, p. 907.

L'hypothèse de l'origine anaphylactique de l'eczéma a déjà été à l'origine de nombreuses expériences concernant l'eczéma des enfants. F. et F. se sont proposés d'étudier la sensibilisation aux albuminoïdes plus particulièrement dans l'eczéma des adultes. Ils ont pratiqué des cuti-réactions aux albuminoïdes alimentaires choisis parmi ceux qui entraient en grande proportion dans la ration alimentaire des différents sujets.

Pendant les expériences l'albuminoïde en question était supprimée de l'alimentation. Les résultats fort variables qui furent obtenus n'ont pas permis d'établir de conclusions. Chez un eczémateux présentant une cuti-réaction positive au chou, il a semblé que les poussées eczémateuses étaient réellement en relation directe avec l'ingestion du chou ; mais dans bien des cas il a été impossible d'établir une pareille relation de cause à effet. Les auteurs concluent donc que, dans l'eczéma des adultes, l'épreuve de la sensibilisation aux albuminoïdes ne donne pas de résultats significatifs et qu'elle ne peut servir de base pour le traitement.

S. FERNET.

### **Éruptions artificielles.**

**Eruption érythémato-pigmentée par antipyrine et pyramidon** (Eruption eritemato-pigmentaria por antipyrina y piramidon), par J. BRITO FORESTI, *Revista Médica del Uruguay*, n° 12, t. XIX.

Les lésions provoquées par l'antipyrine se sont reproduites au même siège après usage du pyramidon. Dans les deux cas il y eut formation de phlyctènes sur les lèvres.

PELLIER.

**Iododermite tuberculeuse** (Ueber einen Fall von Jododerma tuberosum), par G. TIEFFENBRUNNER, *Dermatologische Zeitschrift*, 1920, t. XXIX, p. 206.

Un cas typique avec altérations énormes de la face. Dans le sang leucocytose portant sur les éléments à noyaux polymorphes.

Anémie globulaire rouge. Poussée bulleuse sur l'anus et le palais, cachexie, mort (néphrite chronique, etc.).

La lésion rénale qui était antérieure a joué un rôle considérable ; le sujet était âgé de 49 ans ; la quantité de K I absorbée en 3 jours était inférieure à 4 grammes.

CH. AUDRY.

**Ulcération épithéliomateuse des goudronneurs** (Epitheliomatous ulceration among tar workers), par O'DONOVAN. *The British Journ. of Dermat. and Syphil.*, juillet 1920, p. 215, août-sept. 1920, p. 245.

Etude complète des épithéliomas spéciaux observés de plus en plus fréquemment chez les ouvriers travaillant à la distillation de la

houille et du pétrole et en particulier chez les goudronneurs. O'D. étudie longuement l'étiologie, la symptomatologie et la structure de ces tumeurs qui sont en réalité des épithéliomes pavimenteux lobulés, développés sur des lésions primitivement banales dues, très probablement, à l'action irritante de la créosote.

S. FERNET.

**Inclusion cutanée de suie chez les ramoneurs** (Ruszeinlagerung in der Haut, ein Berufszeichen der Rauchfangkehrer), par K. PICHLER, *Zentralblatt für innere Medizin*.

10 fois sur 20 ramoneurs, P. a constaté des tatouages par inclusion de suie; chez 9, les traînées occupaient les mains; chez 4, les pieds. Un seul en présentait sur la face.

P. signale aussi des traînées épaisses, dures et noires sur la peau des doigts de la main gauche, chez trois aiguiseurs de couteaux.

CH. AUDRY.

**Sur un eczéma du front consécutif à un « ersatz » du cuir de chapeau et de ses causes** (Ueber das Stirneckzem infolge Hut lederersatz und seine Ursache), par GALEWSKY, *Dermatologische Wochenschrift*, 1920, n° 23, p. 354.

On connaît les dermites du front causés par les cuirs de chapeau.

Dans les cas de G. le cuir était remplacé par un tissu nitro-cellulosique imprégné de crésol.

CH. AUDRY.

**Dermatite par le suc d'asperge** (Ein Fall von Dermatitis durch Spargelsaft), par BRENNING, *Dermatologische Wochenschrift*, 16 oct. 1920, n° 42, p. 851.

On sait que l'asperge rouge peut produire des accidents. Il s'agit d'un érythème de la main et de l'avant-bras consécutif au contact avec des écailles d'asperge blanche chez une ouvrière.

CH. AUDRY.

**Dermatose due au *Carpoglyphus passularum*** (Dermatitis due to *Carpoglyphus passularum*), par O'DONOVAN, *The British Journ. of Dermatology*, octobre 1920, p. 297.

Un homme de 24 ans, ayant travaillé depuis cinq semaines à emballer des stocks de figues desséchées, présente aux avant-bras une éruption de fines papules excoriées simulant certaines éruptions de la gale. Sur 12 hommes ayant travaillé ensemble, 8 sont atteints de la même dermatose.

L'examen des figues desséchées montra qu'elles étaient recouvertes d'une fine poussière adhérente dans laquelle, au microscope, on découvrit la présence d'un acare particulier qui fut identifié comme le *Car-*

*poglyphus* (décrit par le prof. Ch. Robin dans le *Journ. de l'Anat. et de la Physiol.*, 1869, p. 197) dont on ne connaissait pas, jusqu'à l'heure actuelle, l'action pathogène.

S. FERNET.

### **Erythème annulaire.**

**Erythème annulaire centrifuge. Erythème papulo-circiné migrateur et chronique** (Eritema anular centrifugo. Eritema papulo-circinado migrador y cronico), par J. CERVERA. *Revista Dermatologica*. Buenos-Aires, juin 1919, t. VIII, p. 43.

Observation que C. range à côté de celle que Darier a publiée dans ces A. (1916-1917). Elle n'en diffère que par des détails : développement moindre des éléments et présence dans certains de papules isolées disposées en arc de cercle.

PELLIER.

### **Fibrome cutané.**

**Fibrome douloureux de la peau** (Fibroma doloroso de la piel), par J. CERVERA. *Revista Dermatologica* (Buenos-Aires), juin 1919, t. VIII, p. 39.

La lésion avait débuté sept ans auparavant par une tumeur de la grosseur d'une lentille sur le bord interne du pied gauche. Elle avait atteint une dimension de un centimètre et demi ; sa forme était sphérique, sa consistance cartilagineuse. L'examen histologique montra une structure purement fibreuse, sans infiltration et sans dégénérescence aucune. Guérison par extirpation.

PELLIER.

### **Leishmanioses.**

**Sur l'Espundia** (Ueber Espundia, Leishmanniose americana), par DOHI et YUTAKA KATO, *Japanische Zeitschrift für Dermatologie und Urologie*, 1919 (analysé par HAAS, in : *Dermatologische Wochenschrift*, 1920, n° 25, p. 393).

Le malade avait été infecté au Pérou en 1912. En janvier 1918, la face était couverte de cicatrices d'ulcérations, etc., qui se retrouvaient sur la muqueuse bucco-pharyngée.

On retrouva des *Leishmania*.

CH. AUDRY.

### **Lèpre.**

**De quelques observations histologiques nouvelles dans la lèpre tuberculeuse** (Leprastudien, angeschlossen an einige neue histologische Beobachtungen bei Lepros tuberosa), par A. CEDERKREUTZ. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, 1921, t. CXXVIII, p. 20.

C. commence par résumer brièvement les données principales relatives à l'histologie du lépreux de la peau : cellules lépreuses de

Wirchow, glées, cellules géantes lépreuses, cellules géantes de Langhans, plasmomes, etc.

Il reprend, au point de vue cytologique, l'étude des cellules lépreuses et des glées qu'il considère, contrairement à Unna, et en conformité avec la plupart des histopathologistes, comme 2 formations de nature différentes. Il a examiné particulièrement ces éléments au point de vue de leur contenu en cholestérine ou en lipoides. Les granulations observées dans les cellules lépreuses offrent les caractères de la cholestérine ; dans les glées, au contraire, il s'agit bien plutôt d'une substance lipode. Il pense que les cellules lépreuses de Wirchow sont des cellules conjonctives chargées de cholestérine. Les examens faits sur des syphilomes au début, des lépromes et des tuberculomes constatent l'existence d'éléments communs qui peuvent être rapportés à des fibroplastés. D'une manière générale, la léprome se rapproche du tubercule (expérimental) plus que du syphilome. C. rappelle ensuite les constatations relatives aux lipoides dans la peau normale et pathologique, sur la teneur en graisse des bacilles lépreux, etc.

C. AUDRY.

### **Lupus.**

Traitement du lupus vulgaire par les bains de lumière artificielle (Über die Anwendung Künstlicher Lichtbäder bei Lupus vulgaris und chirurgischer tuberkulose), par A. REYN et N. P. ERNST. *Strahlentherapie*, 1915, t. VI, p. 16.

— (Über die Anwendung des künstlichen chemischen Lichtbader bei Lupus vulgaris), par A. REYN. *Dermatologische Wochenschrift*, t. LXIII, 1916.

Resultate der Behandlung mit Künstlichen chemischen Lichtbadern bei lupus vulgaris und chirurgischer tuberkulose, par A. REYN et P. ERNST. *Strahlentherapie*, 1919, t. X, p. 314.

Les premières recherches remontent à 1913. R. rappelle d'abord les recherches antérieures et particulièrement celles de Rollier sur l'héliothérapie chirurgicale. Dans le Nord la cure solaire est très difficile. R. a donc d'abord recherché à quelle source de lumière artificielle il fallait s'arrêter, et il préfère la lampe à arc-charbon. S'il y a plusieurs malades, il conseille deux lampes de 75 ampères ; s'il y a un ou deux malades, il se sert de lampes de 20 ampères au nombre de 2 ou 3 qu'on peut rapprocher davantage (l'efficacité est en raison inverse du carré des distances). Les premières expositions durent de 15 à 30 minutes au bout d'une ou deux semaines arrivent à 2 heures et demie. Naturellement, érythème, etc. Il emploie le bain général, mais on irradie aussi les zones malades. R. s'est assuré que la lampe à arc donnait des résultats supérieurs à ceux de la lampe à vapeurs de mercure. On associe les applications de Finsentherapie. Les séances « fortes » guérissent plus vite que les « faibles ». En général, plus l'irradiation et l'érythème et la pigmentation sont intenses, meilleurs sont les résultats.

L'association du bain de lumière à la Finsentherapie a considérablement augmenté le pourcentage de guérisons, dans les cas graves principalement, et notablement abrégé la durée des traitements.

C. AUDRY.

### **Mycoses.**

**Contribution à l'étude de quelques mycoses au Pérou**, par le Dr ESCOMEL. *Bulletin de la Société de pathologie exotique*, n° 8, p. 663.

L'auteur apporte quelques observations intéressantes. La première a trait à une « ccara » rouge, à pénicilium, se présentant sous forme de plaques circinées à bords polycycliques légèrement saillants, à surface tapissée de petites squames. Il traite cette affection par la teinture iodophéniquée.

Teinture d'iode . . . . .	50 grammes
Acide phénique cristallisé . . . . .	5 —

qui détermine une desquamation intense. Il employa aussi les attouchements hebdomadaires à l'acide acétique, et la pommade :

Bichlorure d'Hg. . . . .	0 gr. 25
Vaseline . . . . .	30 gr.

On dissout le bichlorure dans l'alcool et on incorpore à la vaseline. Cette application est accompagnée de massage de la plaque pendant 10 minutes.

Deux autres observations d'onychomycose, l'une à trichophyton, l'autre à penicillium, enfin un cas de discomycose à grains blancs.

H. RABEAU.

**Remarques cliniques sur le Kérion de Celse** (Clinical Remarks of Trichophytia profunda (Kerion Celsi), par RASCH. *The British Journ. of Dermat.*, novembre 1920, p. 317.

Contrairement à l'opinion primitive, les trichophyties et en particulier le Kérion paraît donner lieu à une réaction générale dans l'organisme. En dehors des « trichophytides lichénoïdes » déjà décrites par Jadassohn, l'auteur a observé diverses éruptions généralisées au cours du Kérion. Il cite des observations de malades qui, au cours d'une trichophytie locale, ont présenté une éruption scarlatiniforme, vésiculeuse, pustuleuse, un cas d'urticaire, un cas d'érythème polymorphe ; il en rapproche les observations publiées d'érythème noueux et d'alopecie péladoïde ayant évolué au cours ou à la suite du Kérion.

On sait d'autre part que l'évolution du Kérion paraît immuniser contre toutes les autres variétés de trichophyties ce qui constitue un argument de plus en faveur d'une réaction humorale. Il semble donc rationnel de tenter l'inoculation du F. faviforme aux sujets porteurs d'une trichophytie quelconque et il se peut qu'on réalise ainsi une thérapeutique rapidement efficace.

S. FERNET.

**Epidémie de microsporie dans l'Allemagne rhénane et westphalienne** (Eine Mikrosporieepidemie im Rheinisch-Westfälischen Industriebezirk), par SPECHT, *Dermatologische Zeitschrift*, 1920, n° 2, p. 87.

**Microsporie dans la région rhénane** (Über Gebräutes Vorkommen von Microsporie im Rheinland), par E. HOFFMANN, *Dermatologische Zeitschrift*, 1920, n° 3, p. 140.

S. décrit quatre foyers de microsporie épidémique portant sur 80 enfants observés en 1918-1919-1920.

E. H. observe que depuis 1912, il en a rencontré à Bonn.

CH. AUDRY.

**Sur le lichen trichophytique** (Ueber Lichen trichophyticus), par G. RIEHL, *Dermatologische Zeitschrift* 1920, n° 21, p. 428.

Fille de 6 ans, atteinte de Kérion depuis 6 mois.

Elle présente une éruption papuleuse rouge généralisée fébrile sur le tronc, qui disparut en laissant des éléments acuminés et squameux, spinulosiques sur certains points. Une nouvelle poussée laissa des teritoires infiltrés en nodules rouges et squameux.

C'est un exemple du lichen trichophytique décrit par Jadassohn. La trichophytine donne une réaction locale. 2 fois on a constaté du trichophyton.

P. renvoie au travail de Bloch. La maladie rare à Vienne, paraît fréquente en Allemagne et en Suisse.

CH. AUDRY.

### **Thérapeutique cutanée.**

**La cryothérapie en Dermatologie**, par M. VIGNAT. *Presse médicale*, 3 février 1921.

Le mélange réfrigérant est obtenu en additionnant de l'acétone à la neige carbonique. Cette sorte de gelée servira à remplir le cryocautére, essentiellement constitué par un tube conducteur du froid et stérilisable, muni d'un manche non conducteur, d'un ressort et d'un curseur permettant de lire la pression exercée. La pression, la température, la durée constituent les trois facteurs importants en cryothérapie. La température et la durée sont faciles à mesurer, la pression l'est beaucoup moins. Cette méthode a donné à l'auteur de beaux succès dans les cas de lupus érythémateux de nævi dont elle serait le traitement de choix. Dans l'épithélioma de la face chez les vieillards, V. a obtenu d'excellents résultats, ainsi que dans le traitement des chéloïdes.

H. RABEAU.

**La saignée dans le traitement de certaines affections cutanées** (Venipuncture in the treatment of certain diseases of the skin), par KINGSBURY et BECTET. *The Journal of the American med. Assoc.*, 20 octobre 1920, p. 937.

Dans le psoriasis, la dermatite herpétiforme et l'urticaire, la saignée de 100 à 300 centimètres cubes pratiquée deux fois par semaine a



paru donner de bons résultats. Elle est surtout recommandée dans les poussées aiguës de psoriasis congestif, dans les urticaires s'accompagnant d'œdème angioneurotique et dans les éruptions sériques consécutives aux injections de sérum antitétanique.

S. FERNET.

**Le cacodylate de soude à hautes doses contre la syphilis et certaines dermatoses, par L. CHEINISSE. *Presse médicale*, 8 janvier 1921.**

L'auteur attire de nouveau l'attention sur tous les services que peut rendre le cacodylate de soude à hautes doses dans le traitement des dermatoses ainsi que le montra M. Ravaut (*Presse médicale* 20 janvier 1920). Les médecins américains avaient employé le médicament dans le traitement de la syphilis. Cette thérapeutique fut essayée en France par M. Maréchal; elle lui donna des résultats « très médiocres ».

Au contraire la méthode de M. Ravaut a donné des résultats très intéressants dans un certain nombre de dermatoses, en particulier dans l'eczéma. Il semble qu'il y ait une affinité spéciale entre le cacodylate et l'eczéma. Rappelons que cette méthode consiste dans l'emploi du cacodylate en solution à 10 o/o dans l'eau distillée, administré en injections intraveineuses à doses progressives de 0 gr. 30 à un gramme et davantage chaque jour.

MM. Bonnet et Morenas ont à Lyon, par cette méthode, obtenu de beaux succès dans des cas d'eczéma rebelles et de prurigo.

M. Maréchal dans le psoriasis a obtenu des résultats remarquables dans 1/3 des cas, des résultats très bons dans l'autre 1/3, aucun résultat dans le dernier 1/3. Enfin dans d'autres dermatoses telles que le lupus, l'érythème noueux, l'érythème induré de Bazin, cette thérapeutique semble donner des résultats.

H. RABEAU.

**Vaccinothérapie par les auto-vaccins auto-sensibilisés, par M. VIALLET. *Comptes rendus de la Société de biologie*, 8 janvier 1921.**

A côté des résultats remarquables obtenus par les vaccins dans certains cas (furunculose), l'auteur remarque l'inconstance de ceux que l'on observe d'ordinaire. Aussi pour lui, les stoks-vaccins ont des indications très limitées, les espèces microbiennes même les plus différenciées prenant dans les tissus une sorte de spécialisation. Il y a donc intérêt à employer des auto-vaccins, et la sensibilisation leur confère une rapidité d'action, une durée plus grande de la protection. Au lieu de s'adresser à des sérums expérimentaux, il emploie le sérum du malade qui presque toujours contient des anticorps en quantité suffisante pour produire cette sensibilisation. L'auteur indique la technique de préparation de ces vaccins, qui lui ont donné des résultats intéressants.

H. RABEAU.

Sur l'emploi thérapeutique de l'huile térébenthinée en dermatologie (Ueber Terpentinsölbehandlung (Klingmüller) mit besonderer Berücksichtigung ihrer Anwendung in der Dermatologie), par H. BECHER, *Dermatologische Wochenschrift*, 1920, nos 28 et 29, p. 459 et 481.

Plato avait traité les trichophyties avec une trichophytine ; Klingmüller contestant l'action spécifique de celle-ci y substitua d'abord des injections d'huile de croton qu'il remplaça par des injections d'huile térébenthinée.

B. rappelle que c'est Fochier qui a d'abord employé les injections de térébenthine contre les infections (abcès de fixation, etc.).

Klingmüller administre la térébenthine en injections directes sur le périoste, évitant ainsi les abcès dus à ce que les muscles supportent mal cette substance.

B. résume les nombreux travaux parus depuis lors sur cette question et concernant le traitement de toutes espèces d'infections, y compris la blennorrhagie, la trichophytie, la furonculose, etc., par la térébenthine seule ou associée à un sel de quinine.

Il a employé de l'huile d'olive térébenthinée à 20 o/o. En dernier, la dose de l'injection était de 1 cc. d'huile à 10 o/o contre l'os iliaque. Il n'eut jamais ni douleur, ni abcès, ni fièvre, ni albuminurie.

On obtient des résultats remarquables dans le traitement du bubon, du chancre simple, des furoncles, des abcès sudoripares, des mastites.

On obtient des résultats bons contre les prurits, les pyodermes de l'adulte, l'urétrite postérieure, l'épididymite blennorrhagique, la prostatite, l'arthrite.

Dans les autres cas, l'action est adjuvante (trichophytie) ou nulle (impétigo, prostatite et arthrite blennorrhagique chronique).

Le mécanisme de l'action thérapeutique n'est pas élucidé : le processus est un processus d'activation du protoplasma, leucocytose, excitation des bourgeons, action antitoxique.

(Bibliographie considérable).

CH. AUDRY.

## REVUE DES LIVRES ET THÈSES

**L'année thérapeutique**, par CHEINISSE. Un volume de 144 pages. Masson et C<sup>ie</sup>, éditeurs. Paris, 1921.

Il est indispensable pour le médecin de connaître les médications et les procédés thérapeutiques nouvellement préconisés et de trouver une mise au point exacte et claire de l'état actuel des questions importantes, telles que le traitement de la syphilis, de la tuberculose, de l'épilepsie, de l'asthme, de la coqueluche, des empoisonnements, etc.

Pour lui éviter un travail de recherche toujours difficile et souvent même impossible, le Dr Cheinisse vient de faire paraître un petit volume *L'Année thérapeutique*, recueil vraiment international où le lecteur trouvera résumés les faits nouveaux qui ont été publiés au cours de l'année non seulement en France, mais encore en Angleterre, aux Etats-Unis, en Italie, en Espagne, en Allemagne, etc.

En ce qui concerne plus spécialement la dermato-syphiligraphie le lecteur trouvera dans ce volume des renseignements utiles sur le traitement des bubons, de l'angine de Vincent, de la blennorrhagie, de l'eczéma, des crevasses des seins, de la furonculose, de la gale, des parapsoriasis, des chéloïdes, l'évolution de la question des injections arsenicales, soit intrav. ineuses, soit sous-cutanées et les nombreuses discussions qui ont été soulevées pendant l'année 1920 sur ce sujet.

P. RAVAUT.

**Examen des aliénés. Nouvelles méthodes biologiques et cliniques**, par A. BARBÉ. Un volume de 170 pages. Masson et C<sup>ie</sup>, éditeurs. Paris, 1921. Prix 8 francs.

Les méthodes de laboratoire et surtout les méthodes biologiques ont permis de faire rentrer, grâce à leurs progrès récents, la psychiatrie dans le cadre de la pathologie générale et de rattacher tel ou tel trouble mental à sa véritable origine. Dans cet ordre d'idées la syphilis entre pour une grande part dans l'étiologie des troubles mentaux et c'est à ce titre que ce volume intéressera le syphiligraphie.

L'auteur a classé les différentes méthodes d'examen non pas en prenant les maladies une à une, procédé qui suppose établie une classification discutée et souvent difficile, mais en étudiant successivement les différents troubles psychiques et en les rapportant pour chacun d'eux aux modifications du liquide céphalo-rachidien, du sang, des urines, etc.

Pour les *Méthodes de laboratoire*, il suppose la technique connue, mais il insiste sur son application pratique, la raison pour laquelle on l'utilise en psychiatrie, ses résultats et ce qu'il faut en attendre en médecine mentale.

P. RAVAUT.

**Diagnostic des tumeurs**, par G. ROUSSY et LEROUX. Un volume de 362 p. avec 129 figures hors texte. Masson et Cie, éditeurs. Paris, 1921. Prix 25 fr.

Ce volume est un véritable album renfermant 129 planches hors texte très remarquablement choisies et éditées, représentant les aspects histologiques des différentes tumeurs; en regard de chacune d'elles est un texte explicatif. Enfin au début de l'ouvrage les auteurs rappellent brièvement les notions anatomo-pathologiques nécessaires à la conduite au microscope d'un diagnostic raisonné de tumeur.

Ce volume est destiné à l'étudiant et au praticien; il intéressera spécialement le dermatologiste en raison de la fréquence des tumeurs siégeant sur la peau ou les muqueuses et pourra remplacer par la netteté des figures et les explications qui leur sont annexées, les collections souvent si altérables, de coupes ou de pièces anatomiques.

P. RAVAUT.

**Considérations biochimiques sur les arsenothérapies de la syphilis**, par M. POMARET, Thèse Paris, 1920.

Le mode d'action et le métabolisme *in vivo* des divers dérivés de la base 606 sont encore actuellement très discutés. Continuant les recherches d'Ehrlich, celles de Fleig, celles de Bongrand, l'auteur s'est attaché à l'étude du dioxydiamino arsénobenzène. Ses dérivés avec chaînes latérales réductrices et stabilisantes n'ont pour lui aucun rôle thérapeutique, aucune action spécifique. Leurs propriétés réductrices ralentissent l'oxydation de la base 606, et elles solubilisent en liqueur concentrée.

On sait que *in vitro* les composés aromatiques arsenicaux à système arsénoxyde ont une action spirillicide à 1/300.000°. Or la base 606 oxydable et fragile, peut en s'oxydant passer au stade arsénoxyde, et P. admet qu'« *in vivo* » une fraction extrêmement faible passe à cet état dérivé. Cette base qui représente, ainsi que l'a montré Ehrlich, l'optimum thérapeutique actuel en matière d'organo-arsenicaux agirait donc sur le tréponème sous la forme hypertoxique : aminooxyphénylarsénoxyde. Ce système « arsénoxyde », provenant des arsénobenzènes doit exercer une action élective au contact des constituants protoplasmiques du tréponème. Alors que Mouneyrat dit : « L'arséno, grâce à ses 2 groupements basiques, est pour ainsi dire harponné par la cellule nerveuse », les recherches du P<sup>r</sup> Jeanselme et de ses élèves et les travaux toxicologiques récents tendent à prouver le contraire.

Les chimiothérapies du type dioxydiamino arsénobenzène et ses dérivés avec chaînes latérales, injectés par voie intraveineuse colloïdalisent dans le sang, du fait de leur fonction « Phénol », sous la forme d'un complexe colloïdal protéinoarsénophénolique. P. considère cette colloïdalisation comme « initialement dysthérapeutique », l'action thérapeutique relevant de la toxicité et de l'électivité des arsénoxydes. La formation de ce complexe protéinoarsénophénolique entraîne une

perturbation d'ordre physicochimique d'autant plus intense que le produit injecté est plus acide ou le titre hémocidimétrique est plus élevé.

L'injection intraveineuse de ces médicaments, véritables réactifs des albumines en milieu acide, crée avec une partie des protéiques du sang une « spécificité de constitution nouvelle » susceptible de réagir ultérieurement avec la modification qui l'a produite et de déterminer « le choc anaphylactique ». Peut-être l'étude du facteur « acidité sanguine » complétée par la recherche des modifications de la formule sanguine, des variations réfractométriques et des troubles de la coagulabilité chez des malades soumis aux thérapeutiques salvarsaniques (intolérants ou non) pourront-ils expliquer l'absence de ces réactions « dites anaphylactiques » chez la plupart des sujets.

Etudiant les dérivés de la base 606, P. estime que si la composition de ces dérivés était constante, s'ils correspondaient exactement à leur formule chimique centésimale et architecturale, leur activité thérapeutique serait la même par l'emploi de doses se correspondant quant à leur teneur en base dioxidiaminoarsénobenzène.

Dans un dernier chapitre l'auteur essaie de préciser le métabolisme des arsénobenzènes dans l'organisme, mais les méthodes biochimiques capables de caractériser les actions réciproques qui s'exercent *in vivo* ne sont pas encore mises au point, « les méthodes de toxicologie détruisant la matière ne permettent pas d'en saisir les processus vitaux ».

H. RABEAU.

**Le syndrome humoral de la paralysie générale. Son application à l'étude des paralysies générales prolongées,** par M. J. Haguénau, *Thèse Paris, 1920.*

A côté des syndromes psychique et somatique existe un syndrome humoral d'importance capitale, puisque l'absence de l'élément le plus important de ce syndrome, la réaction de Bordet-Wassermann du liquide céphalo-rachidien, doit faire rejeter le diagnostic de paralysie générale. Les diverses réactions humorales ont été recherchées par H. qui s'est attaché à préciser leur valeur et leur groupement. La réaction de Bordet-Wassermann est positive dans le sang, mais un traitement intensif antisiphilitique peut la réduire. Au contraire la réaction de Bordet-Wassermann du liquide céphalo-rachidien est toujours positive, elle est irréductible par les thérapeutiques actuelles. Elle s'accompagne toujours d'une hyperalbuminose rachidienne, et d'une hypercétose. Cette réaction cellulaire a pu faire défaut passagèrement, mais on l'a toujours trouvée au cours d'examen répétés. La recherche de notions quantitatives concernant la réaction de Bordet-Wassermann dans la paralysie générale (mesure des anticorps, index de perméabilité) ne lui a pas donné de résultats probants. Ces réactions cellulaires, albumineuse, Bordet-Wassermann du liquide céphalo-rachidien sont caractéristiques seulement de la syphilis nerveuse, mais ce qui est

remarquable dans la paralysie générale, c'est la constance et l'irréductibilité de ces réactions.

L'auteur a tout spécialement étudié la réaction de l'or colloïdal. Il en a minutieusement décrit la technique délicate, les procédés de préparation de la solution d'or, les divers titrages. Cette réaction de l'or, dans son type paralytique, a une constance et une spécificité remarquables au cours de la paralysie générale. Pourtant dans des exceptions rarissimes on a pu la trouver en dehors de la paralysie générale. Enfin après traitement intra-rachidien certains auteurs ont constaté que la réaction de l'or s'effaçait plus rapidement que les autres. Pour lui attribuer toute sa valeur il faut la confronter avec les autres symptômes humoraux.

Dans la seconde partie de ce travail II, étudie et discute les observations de paralysie générale prolongée. En fait la paralysie générale justement appelée progressive ne connaît que des rémissions de courte durée ; les formes de paralysie générale prolongée sont tout à fait exceptionnelles, et les cas publiés ne sont pas, pour la plupart des paralysies générales. Il en est de même d'une série de cas que H. a pu observer personnellement et dont il publie et critique les observations. Si les troubles mentaux du début ont semblé typiques, il n'en reste pas moins que les signes psychiques ont pu régresser, les signes physiques et humoraux régresser ou disparaître, phénomènes que l'on n'observe jamais au cours de la paralysie générale.

Le fait, que dans des cas très rares il puisse exister des paralysies générales vraies fixées spontanément, n'empêche pas « qu'en pratique une maladie qui présente une évolution prolongée (plus de six ans) n'est pas une paralysie générale ».

H. RABEAU.

**Dangers des traitements actifs insuffisants de la syphilis, par M. Jacques TOULOUSE, Thèse Paris, 1930.**

Cette étude faite dans le service de M. Queyrat à l'hôpital Cochin a surtout pour objet les traitements arsenicaux insuffisants. Dans un premier chapitre l'auteur étudie les différentes médications actuelles. La médication mercurielle a une action cicatrisante lente, et une action stérilisante discutée ; pourtant un grand nombre de malades bien traités n'ont présenté par la suite aucun accident et ont eu une descendance saine. La médication arsenicale surtout celle par l'arsénobenzol a une action cicatrisante remarquable et rapide, elle est très précieuse dans les cas où il faut agir vite, elle a une action stérilisante manifeste comme en témoignent les nombreux cas de réinfection publiés. La médication mixte arsenicomercurelle ne permettrait pas d'atteindre les doses arsenicales suffisantes.

Sont insuffisants les traitements dans lesquels la dose « normale » de 0,01 centgr. d'arsénobenzol par kilogr. n'est pas atteinte. La dose



unique normale est insuffisante, ainsi d'ailleurs que les petites doses répétées. La cure intensive avec l'arsénobenzol comporte trois injections de 0,10, 0,20, 0,30 centigr. à trois jours d'intervalle puis 0,40, 0,50, 0,60, 0,60 de semaine en semaine. Au total 3 gr. 20. Plusieurs cures successives sont nécessaires; l'auteur est partisan du traitement arsenical exclusif.

T. apporte une trentaine d'observations de récidives consécutives à des traitements actifs insuffisants. Parmi les accidents observés il distingue : 1<sup>o</sup> certains phénomènes de réactivation qu'une médication intensive eut fait disparaître ; 2<sup>o</sup> les simples récidives contagieuses ; 3<sup>o</sup> des accidents cutanés témoignant d'une évolution modifiée ou aggravée, enfin 4<sup>o</sup> les ictères post-arsénobenzoliques et les neuro-rechutes à apparition tardive. Toutes ces récidives sont de pronostic variable, pourtant celui des récidives sur un organe particulier, et les neurorechutes lui semble particulièrement sévère.

Donc conclut T. ; une seule dose forte, des doses faibles même répétées, des doses fortes trop espacées, une seule cure même bien conduite, plusieurs cures séparées par des intervalles trop longs peuvent constituer des traitements insuffisants. Il faut atteindre 0,01 d'arsénobenzol, 0,015 de novar par kilogramme.

Le traitement mixte, dit T., ne peut donner de bons résultats car à doses suffisantes on observe de l'intolérance.

Tous ces traitements insuffisants exposent à des récidives cutanéomuqueuses, viscérales ou nerveuses ; l'infection semble modifiée de telle sorte que les récidives présentent une tendance très nette à se localiser. Les ictères, les accidents nerveux, hépato et neuro-rechutes sont devenus très fréquents depuis l'avènement de la médication arsenicale.

Il ne faut donc pas se contenter de cure de blanchiment, mais faire un traitement précoce, intensif, régulier, persévérant.

« Contre une syphilis jeune, employer la médication arsenicale d'une manière hésitante et timorée, c'est condamner le malade à la plus décevante et souvent à la plus dangereuse des thérapeutiques. »

H. RABEAU.

---

Le Gérant : F. AMIRAULT.

---

LAVAL. — IMPRIMERIE L. BARNÉOUD ET C<sup>ie</sup>.

